





BOSTON MEDICAL LIBRARY
PURCHASED FROM THE INCOME OF THE
SAMUEL WHEELER WYMAN
MEMORIAL FUND



No. 8. - © 216 1.20

+ 55¢

19 F. 235

HISTERISMO

TEORÍA Y CLÍNICA

OBRAS DEL AUTOR

LA PARAPLEJIA ESPASMÓDICA (Tesis doctoral). Madrid, 1904.

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BASEDOW. Madrid, 1906.

LA SEMEYÓTICA PUPILAR EN NEUROPATOLOGÍA. Madrid, 1907.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. Madrid, 1907.

TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO POR LAS INYECCIONES DE ALCOHOL. Madrid, 1909.

PSICOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA DEL EMIGRANTE. (Conferencias pronunciadas en el Centro de Cultura Hispano-Americana). Madrid, 1911.

PARÁLISIS GENERAL Y PSEUDO-PARÁLISIS GENERALES. Zaragoza, 1913.

ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA. (Lecciones explicadas en la Facultad de Medicina de Madrid). Madrid, 1912. En 4.º Librería de F. Beltrán, Príncipe, 16)..... ptas., 6.

HISTERISMO

TEORIA Y CLINICA

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

PROFESOR AUXILIAR POR OPOSICIÓN DE CLÍNICA MÉDICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID, MÉDICO NUMERARIO POR OPOSICIÓN DE LAS BENEFICENCIAS GENERAL Y MUNICIPAL, JEFE FACULTATIVO DEL HOSPITAL DE JESÚS NAZARENO, JEFE DE LA CONSULTA DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS EN EL INSTITUTO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE LA ENCARNACIÓN, MIEMBRO CORRESPONSAL LAUREADO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID, ETC.



MADRID
LIBRERÍA DE FRANCISCO BELTRAN
PRÍNCIPE 16
1914

13995-Hy 2.23

ES PROPIEDAD
DERECHOS RESERVADOS



PROLOGO

Consta este libro, como el subtítulo indica, de dos partes, una teórica y otra clínica; la primera comprende una serie de trabajos inéditos sobre varios de los más importantes puntos que en el estudio abstracto del histerismo se destacan, pero aunque sean estos trabajos de índole especulativa, no se hallan totalmente desprovistos de utilidad práctica, pues los conceptos en ellos emitidos tienen interesantes y fecundas aplicaciones a la etiología, a la patogenia, al diagnóstico y a la profilaxia y terapéutica del histerismo, por relacionarse íntimamente con la investigación de las causas, de la génesis, de los caracteres distintivos y de los remedios de esta psico-neurosis, así como con la significación de la misma en el orden moral, y con su influencia en la vida colectiva de la sociedad, problemas estos últimos de tan honda transcendencia, que rebasando los límites de la Patología individual, constituyen temas de Psicología, de Pedagogía, de Ética y de Política.

La moralidad de los sujetos histéricos, las relaciones del histerismo con la mentalidad femenina, su frecuencia y sus

caracteres en la población rural, el papel que la emoción desempeña en la provocación de los trastornos histéricos, son todos ellos asuntos que el médico especialmente versado en psiconeurosis, por poseer las mejores fuentes de información y el más rico caudal de experiencia, puede exponer mejor que nadie, pero que interesan demasiado al moralista, al psicólogo, al jurisconsulto, al sociólogo y al estadista para que puedan prescindir de su estudio, que sólo será realmente fecundo, cuando renunciando a prejuicios doctrinales y sistemáticos, lo emprendan utilizando los materiales que les brinda la severa e imparcial experiencia médica.

Hasta los literatos mismos, los novelistas y los dramaturgos que tan aficionados se muestran en la época presente a introducir en sus creaciones, conflictos y caracteres de matiz psiconeurótico, encontrarán, quizá, documentación provechosa, por ser sincero trasunto de la realidad, en los hechos y conceptos consignados en la primera parte de este libro.

Quiero con esto significar que no está escrita la primera parte de esta obra exclusivamente para los médicos, por más que ellos serán los mejores jueces de su real valor, si es que alguno tiene, sino que representa un modesto conato, no diré de divulgación, pero sí de expansión, de *exportación* de ciertos conocimientos psicopatológicos a otros campos de la actividad intelectual, cuyos cultivadores han de reportar beneficios de las enseñanzas que aquéllos pueden proporcionarles. Este propósito me parece laudable, y por eso le llevo a la práctica, pero conozco bastante su importancia y lo escaso de mis fuerzas para esperar que consiga desenvolver la plena virtualidad que encierra, y que seguramente lograrían otros mejor dotados que yo.

Pero este interesante aspecto *paramédico*, valiéndome de

una denominación empleada por Grasset en una obra reciente, no es el único, ni siquiera el principal de mi libro; es éste un libro genuinamente médico, escrito para médicos por un médico, con materiales arrancados directamente de la clínica; al redactar sus páginas, no soy un *dilettante* que incidentalmente hace literatura o filosofía o sociología, sino que continuo siendo un profesional que escribe de cosas de Medicina que interesan a sus colegas y también a muchos que no lo son.

La segunda parte es puramente técnica, y como tal, sólo puede ser comprendida por los competentes en la ciencia de curar, y sólo tiene utilidad para los dedicados al ejercicio de la clínica. Hállase esta parte constituida por una serie de trabajos ya dados a conocer anteriormente en Academias y Sociedades científicas, Revistas profesionales, etc., pero que por primera vez aparecen ahora reunidos en un todo coherente y único prestándose mutuo apoyo, y ofreciendo una serie de perspectivas sobre diversos aspectos clínicos del histerismo, que recíprocamente se aclaran y completan. Todos y cada uno de los capítulos de esta segunda parte se basan en casos prácticos por mí observados personalmente, y a la vez que contienen abundante enseñanza propia, sirven de comprobación objetiva a los conceptos expresados en la parte teórica.

En conjunto no constituye este libro un Tratado didáctico completo sobre el histerismo, pues para serlo, y suficientemente documentado y comprensivo, habría de ser mucho más voluminoso de lo que es, o de lo contrario se reduciría a uno de esos superficiales manuales de valor más industrial que científico, que tan a menudo publican las empresas editoriales. El carácter de la presente obra es otro muy distinto; pues sin tratar de sintetizar todo lo que hoy se sabe o se cree sa-

ber del histerismo, ofrece al lector una selección de los frutos de mi experiencia en quince años de práctica, singularmente especializada en la observación y en el tratamiento de las psiconeurosis, y de mis meditaciones sobre los más importantes problemas que suscita el histerismo.

He de hacer una advertencia referente a la bibliografía, que no es completa ni pretende serlo, pues si lo fuera, exigiría por sí sola numerosos volúmenes, sino que se limita a la consignación de los autores y de las obras que se mencionan en el texto, sirviendo como testimonio de las afirmaciones en éste enunciadas, y como indicación de las fuentes en que el lector puede adquirir información más amplia.

Madrid. Abril, 1914.

ENRIQUE FERNÁNDEZ SANZ.

INDICE SUMARIO

Págs.

PRIMERA PARTE

TEORÍA

I.—PATOGENIA DEL HISTERISMO.—OPINIONES ANTIGUAS Y MODERNAS ACERCA DE SU NATURALEZA.	13
Consideraciones preliminares sobre las hipótesis científicas en general.....	13
Las teorías del histerismo: Edad Antigua y Edad Media...	27
Las teorías del histerismo: El Renacimiento, siglos xvii y xviii.....	33
Las teorías del histerismo: Siglo xix, hasta Charcot	39
La Escuela de la Salpêtrière.....	46
Teorías contemporáneas y posteriores a Charcot.....	53
Freud, Bernheim y Babinski	61
Discusiones recientes en Sociedades y Congresos científicos.	74
Recapitulación final.....	82
II.—EMOCIÓN E HISTERISMO	95
Las causas emocionales en la etiología del histerismo.. ..	97
Los procesos emotivos en la fisiología patológica de los síntomas histéricos	119
III.—HISTERISMO Y MENTALIDAD FEMENINA.....	139
IV.—HISTERISMO Y POBLACIÓN RURAL	155
V.—LA MORALIDAD DE LOS HISTÉRICOS.....	171

	Págs.
VI.—EL PSICOANÁLISIS.....	189
Evolución de la doctrina de Freud.....	194
Fundamentos psicológicos de la teoría freudiana.....	199
La patogenía del histerismo, según Freud.....	207
Práctica y aplicaciones del psicoanálisis.....	217
Recapitulación crítica general.....	226

SEGUNDA PARTE

CLÍNICA

I.—Dos casos de histerismo infantil.....	243
II.—Consideraciones sobre un caso de histerismo masculino....	261
III.—Hemiplegia histero-traumática	267
IV.—Un caso de hemiplegia histérica.....	277
V.—Diagnóstico diferencial de las hemiplegias histérica y orgánica.....	283
VI.—Un caso de paraplegia histérica.....	297
VII.—Un caso de astasia-abasia periódica	303
VIII.—Blefarospasmo histérico intermitente.....	313
IX.—Un caso de mutismo histero-traumático	323
X.—Dos nuevos casos de mutismo histérico.....	335
XI.—Las supuestas hematemesis histéricas.....	343
XII.—Disnea paroxística histérica.....	349
XIII.—Un caso de narcolepsia histérica	357
XIV.—Corea histérico y psicosis aguda mortal.....	365
XV.—Sobre las psicosis histéricas.....	373
XVI.—Concepto y diagnóstico de la histero-epilepsia.....	383
XVII.—Un caso de pseudo parálisis agitante histérica.....	393
XVIII.—Pseudo-esclerosis en placas e histerismo.....	403

PRIMERA PARTE

TEORIA

I

PATOGENIA DEL HISTERISMO.—OPINIONES ANTIGUAS Y MODERNAS ACERCA DE SU NATURALEZA

Consideraciones preliminares sobre las hipótesis científicas en general.

«... non seulement la science ne peut nous faire connaître la nature des choses, mais rien n'est capable de nous la faire connaître et si quelque dieu la connaissait, il ne pourrait trouver des mots pour l'exprimer. Non seulement nous ne pouvons deviner la réponse, mais si on nous la donnait, nous n'y pourrions rien comprendre; je me demande même si nous comprenons bien la question.

»Quand donc une théorie scientifique prétend nous apprendre ce qu'est la chaleur, ou que l'électricité, ou que la vie, elle est condamnée d'avance; tout ce qu'elle peut nous donner ce n'est qu'une image grossière. Elle est donc provisoire et caduque».

(H. POINCARÉ. *La valeur de la Science*, págs. 266 y 267, París, 1911.)

Las precedentes palabras del insigne matemático contemporáneo, gloria de la intelectualidad latina, que tan admirables y fecundos trabajos ha realizado y tan indeleble huella ha dejado, no sólo en las ciencias abstractas y en las aplicaciones de éstas a las físicas, sino también en las más altas cumbres de la filosofía científica y en las más recónditas profun-

didades de la lógica fundamental, contienen una dura, una acerba lección que no deben olvidar jamás los que a investigar los fenómenos naturales se dedican; no representan esas palabras una cruda declaración de radical y absoluto escepticismo, no significan una soberbia negación de las verdades científicas, ni son una despiadada sentencia de esterilidad ciegameamente fulminada contra los esfuerzos todos de la inteligencia para desgarrar los velos del enigma eterno; son esas palabras una paráfrasis atenuadora del amargo *Ignorabimus* de Du Bois-Raymond, son una humilde confesión de insuficiencia, de limitación de las más nobles facultades humanas, y a la vez constituyen una exacta orientación hacia la verdad útil, hacia la verdad accesible, apartándonos de los falsos derroteros, por los que sólo se llega a ilusorias apariencias, que en vez de realidad sólo encierran los espejismos que en ellas finge nuestra mente extraviada.

Y esas frases tan precisas, tan concretas, tan terminantes, dotadas de la concisión lapidaria de un fallo irrevocable, han sido trazadas por la mano de un sabio que ha consagrado su vida entera al estudio de las ciencias exactas por excelencia, de aquéllas que poseen en sus leyes y en sus conclusiones el mayor grado de seguridad y de certeza, de las que se valen del más riguroso método científico, del infalible análisis matemático. Con envidia comparan los cultivadores de las ciencias naturales y morales los inseguros tanteos, las vacilantes tentativas, los contradictorios supuestos de éstas con el firme avance, la inalterable trayectoria y las definitivas conquistas de las ciencias exactas, donde el terreno ganado parece que no se ha de perder jamás [y Henri Poincaré, el analista, el físico matemático, autor de obras inmortales sobre Mecánica, sobre las más abstrusas teorías de la Óptica y de la Electricidad, sobre las diversas ramas de las Matemáticas, tanto puras como aplicadas, después de desentrañar con lógica implacable el significado de las más universales y fecundas hipótesis, como la de la gravitación universal, la de la transmisión de la luz, la de los flúidos eléctrico y magnético

etcétera, después de perseguir hasta sus raíces últimas los fundamentos del razonamiento matemático y la interpretación de los conceptos primordiales de energía, masa, materia, espacio, tiempo, etc., después de un análisis tan imparcial como severo llega a la conclusión estampada a la cabeza de este capítulo! ¿Pues si tal ocurre con los fenómenos elementales de la Naturaleza, con aquéllos susceptibles de ser sometidos a las inflexibles leyes del cálculo y que pueden ser previstos en la inmensa mayoría de los casos, como el calor, la luz, la electricidad, a pesar de lo cual ignoramos e ignoraremos siempre la naturaleza, la esencia íntima de estas cosas, que no habrá de acaecer con los hechos biológicos y sobre todo con los psíquicos, tan complicados, tan misteriosos, incapaces de ser condensados en fórmulas algébricas, ni coordinados en relaciones cuantitativas, y refractarios casi siempre a toda previsión exacta?

Pero no se pretenda deducir de todo lo expuesto conclusiones erróneas por exageradas; no mantengo aquí una tesis de excepticismo total que llegue a la proclamación de la inutilidad de todos los intentos de investigación y de interpretación científicas; me limito, apoyándome en la opinión y en los argumentos de un sabio ilustre, a señalar lo inaccesible, el limbo ignoto e irreal, donde sólo las fantásticas elucubraciones pueden prosperar y donde entre las huera y vanas construcciones fraseológicas e ideológicas extravíase la razón, volviendo lamentablemente la espalda a la verdad real, a la verdad práctica, la única que nos importa conocer y corriendo el riesgo de crear una funesta *pseudociencia* que dificulte el progreso de la verdadera.

Fuera de estas baldías e impertinentes cuestiones sobre la naturaleza de las cosas, la ciencia tiene un amplísimo campo que cultivar, tan vasto como fértil, el de las relaciones entre las cosas, el del *cómo* de los fenómenos, prescindiendo del *por qué*, por considerarlo inexplicable. La ciencia fija y precisa las relaciones entre las cosas, y por este procedimiento adquiere su valor práctico, que consiste en permitir la previ-

sión de los hechos. A lo largo de este infalible derrotero, viene un siglo tras otro realizándose incesantemente el progreso científico; fuera de aquél sólo existen falacias mejor o peor disfrazadas con las apariencias de la verdad.

Es, sin embargo, tan inherente al hombre el deseo de explicarlo todo, que amontona hipótesis sobre hipótesis con tal de satisfacer dicho deseo, y sin escarmentar ante la vanidad de las primeramente ideadas, tan pronto como éstas se han desacreditado, cuida de sustituirlas por otras nuevas condenadas a la misma caduca suerte de sus predecesoras. Esta tendencia a la hipótesis explicativa es tan universal y tan antigua, que bien merece asimilarse a los instintos primitivos, y en realidad obedece a impulsos psicológicos que, para no ser prolijo y entrar pronto en materia, me limitaré a consignar sumariamente. La situación del hombre, como sér pensante y consciente ante el enigma del mundo, sería por lo angustiosa, insostenible, sino fuera capaz de imaginarse que posee la clave total o parcial, por lo menos, de los problemas del Universo: con jamás desmentida unanimidad, y desde los más lejanos tiempos de que guardan recuerdo la tradición y la Historia, la actitud del hombre ante la Naturaleza ha sido siempre la misma, la de un ente racional que aplica su inteligencia a descifrar el denso misterio que le rodea, y que lejos de reconocer su impotencia y de renunciar a sus estériles esfuerzos, se forja un sistema subjetivo del Mundo, y exteriorizando las creaciones de su mente superpone al Universo real, no comprendido e incomprensible, otro Universo ficticio perfectamente ordenado y metódico, en que todo ocurre como la imaginación que lo creó supone que debe ocurrir.

En último término, estos universos subjetivos, reflejos o proyecciones externas de elaboraciones puramente intelectuales pudieran admitirse como verdaderos, si a ello no se opusiera un gravísimo inconveniente, el de que son en infinito número, tantos como inteligencias humanas existen o han existido, distintos todos ellos, y en su mayoría contradictorios e incompatibles, sin que la razón serena e imparcial pue-

da considerar como absolutamente exacto a ninguno de esos sistemas, con exclusión de los demás, pues en todos descubre irreductibles absurdos.

No puedo, sopena de alejarme demasiado del tema del presente capítulo, continuar desenvolviendo este interesantísimo asunto de la interpretación del Mundo, de la *Weltanschauung* de los alemanes, por lo que me limitaré a poner de relieve los dos hechos psicológicos fundamentales sobre los que deseaba fijar la atención del lector: 1.º, el de la existencia en el hombre de una tendencia o impulsión innata a explicarse los fenómenos de la Naturaleza; 2.º, el de la manifestación asimismo de otra tendencia psíquica a la proyección externa de las creaciones de su mente, atribuyéndolas valor objetivo y reemplazando con ellas al indescifrable Mundo real. Estas dos impulsiones son complementarias la una de la otra, permitiendo la segunda la satisfacción, siquiera sea ilusoria, de la primera.

Los mencionados hechos psicológicos que bien merecen por sus caracteres el calificativo de instintos superiores o intelectuales, son, según he dicho ya, generales a todos los individuos de la especie humana y se manifiestan en todo lugar y en todo tiempo, lo mismo en los sabios que en los ignorantes, así en los hombres cultos como en los salvajes; todas las primitivas teogonías y cosmogonías, todos los sistemas filosóficos antiguos y modernos y hasta las rudimentarias instituciones religiosas de los pueblos bárbaros, pasados o actuales, no son más que expresiones más o menos complejas y perfeccionadas de esa doble tendencia psíquica analizada en el párrafo anterior. Si desde el punto de vista colectivo pasamos al individual, también muy fácilmente y muy pronto nos convenceremos de la universalidad de ese instinto interpretativo en cada uno de los seres humanos; para no citar más que una sola prueba, pero muy demostrativa, recuerden los médicos todos la lucha que constantemente tienen que sostener en sus consultas, para combatir la propensión de los enfermos a sustituir la narración pura y sim-

ple de los trastornos que experimentan por la exposición de prejuicios y de opiniones hechas completamente falsas; así, un hemipléxico, no nos dirá casi nunca la manera como se quedó paralizado, y las modificaciones que en el curso de la enfermedad ha ido experimentando, sino que nos hablará de que *le ha dado un aire* y a continuación nos expondrá, adulterados, los pareceres de los médicos que previamente le han visto, tal como él, equivocadamente, ha creído entenderlos: un histérico o un epiléptico, con ataques convulsivos, no nos referirá nunca espontáneamente los detalles del acceso (que pueden ser conocidos directamente o por referencias de sus allegados que los hayan presenciado), tan importantes para el diagnóstico, sino que nos hablará del *mal de corazón*, y se engolfará en extravagantes disquisiciones sobre la patogenia, casi siempre sentimental y emotiva, o en asombrosas explicaciones de fantásticos animales que le muerden en el vientre o en la boca del estómago, etc. Pero ¿a qué continuar acumulando pruebas en apoyo de una tesis que por sí sola se defiende a poco que se reflexione acerca de su significación?

La tendencia psíquica explicativa se hace sentir con mayor intensidad en relación con aquellos fenómenos que más interesa al hombre conocer por hallarse más íntimamente conexiónados con sus necesidades naturales, y en este sentido, ninguno más importante que los que se refieren a la conservación de la vida y de la salud; por eso es lógico que en Medicina abunden las interpretaciones y las hipótesis más que en ninguna otra rama del saber humano, y que no sólo los profesionales, sino también los profanos, tengan todos su particular concepto de las enfermedades y de los medios de combatirlas. Como, por otra parte, los hechos biológicos son, entre todos los naturales, los de comprensión más difícil por su complicación y su oscuro determinismo, se comprende que las interpretaciones en Medicina sean exageradamente subjetivas, vagas, convencionales y, por lo mismo, inconsistentes, fugaces y condenadas a rápido descrédito, siendo apli-

cables estos duros, pero justos calificativos, no sólo a las burdas supersticiones vulgares, sino también a las más encopetadas hipótesis con pretensiones científicas.

Es una lección triste, pero muy provechosa, la que se aprende en las páginas de la Historia de la Medicina, al contemplar la interminable serie de flamantes teorías imaginadas y defendidas por los más claros talentos, y aun por los más sublimes genios de cada época, que después de un período de universal boga, después de regir durante algún tiempo con omnímodo imperio las orientaciones de la ciencia de curar, dictando arbitrariamente las normas inapelables a que adaptaban ciegamente su conducta los médicos prácticos, han ido sucesivamente cayendo en el olvido y en el desprecio, bajo el peso de sus propios absurdos errores, más que a impulsos de los embates de las doctrinas adversas. Fatigosa y además superflua sería la enumeración, no ya de todas, pero ni siquiera de las principales de esas efímeras hipótesis, asociadas a los nombres más prestigiosos de la Medicina, y que pretendiendo todas en su tiempo fijar en una fórmula definitiva el progreso y la perfección de nuestra ciencia, hoy despiertan sólo en nuestro ánimo un sentimiento de irónica compasión, cuando no de asombro, porque tamañas incongruencias hayan podido ser alguna vez seriamente sostenidas, a la par que nos oprime el aflictivo temor de que nuestras admiradas teorías de hoy, las que nos sugestionan con el brillo de la originalidad y con el irresistible hechizo de los horizontes de futuro progreso que nos prometen, estén destinadas fatalmente a la misma caduca suerte, y que, en porvenir no lejano, hayan de ser por nuestros continuadores tan desdeñosamente condenadas como por nosotros las de nuestros antepasados.

Pero no nos dejemos arrastrar exagerando la nota excéptica por estos senderos del pesimismo, que sólo pueden conducir a la inacción, a la negación de todo esfuerzo intelectual, y por ende al aniquilamiento del progreso humano. Pragmáticamente precisa ser optimista, pues sólo con esta condición es la vida posible, y renunciando a lo irrealizable, aceptemos

las limitaciones de nuestra razón y de nuestra existencia, y sin necio orgullo, pero también sin cobardes desmayos, continuemos el avance con tanta perseverancia incoado por las generaciones precedentes. Y para engarzar esta invocación al optimismo con el asunto de este capítulo, volvamos a las hipótesis médicas de que me he ocupado en el párrafo anterior, señalando la vanidad de las mismas, su fugaz duración y su ineludible fracaso; mas no se crea por esto que todas esas hipótesis han sido totalmente infecundas, y que, por lo tanto, han resultado estériles por completo los esfuerzos de sus autores y de cuantos las han defendido; no, cierto es que siempre han fallado los intentos de los teorizantes empeñados en descubrir la clave definitiva de la enfermedad, de la salud y de la vida; es exacto que todos los forjadores de doctrinas han sido víctimas de la ilusión nominalista, pretendiendo definir conceptos y nombres con otros conceptos y con otros nombres tan indefinibles como los primeros, y creyendo explicar claramente la naturaleza de las cosas, no han hecho en realidad más que sustituir una incógnita por otra incógnita, pero también debe reconocerse que la elaboración de las hipótesis, y sobre todo la controversia suscitada entre los mantenedores de unas y otras, ha obligado a un estudio cada vez más asíduo, cada vez más minucioso y completo de los hechos naturales, ha forzado a contemplar los fenómenos bajo diversos aspectos, a ahondar en sus relaciones de causalidad y, en conclusión, cada doctrina, por falsa que sea, y lo son todas, ha venido a acrecentar el tesoro de la ciencia experimental y ha contribuído, por lo mismo, al progreso positivo de la especie humana.

Este es el mérito único, pero muy valioso de las hipótesis, de esas hipótesis falaces y deleznales, más efímeras a veces que la vida misma de los pensadores que las dieron forma: fracasaron las arrogantes tentativas de desvelamiento del misterio, pero el obscuro, el humilde, el tenaz trabajo de observación y de investigación en que hubieron de cimentarse, acarreó nuevos datos, descubrió hechos ignotos, permitió el

establecimiento de conexiones hasta entonces no sospechadas, y esta sólida labor experimental, sobreviviendo a la fugaz hipótesis, perpetuándose en las ruinas de ésta, y recogida como verdad definitiva, constituye el sedimento duradero dejado por la vana agitación de la polémica ideológica; por mezquino se tendrá este resultado ante la grandeza de la finalidad a que la teoría aspiraba, pero como es el único útil, el único aprovechable, a él debemos atenernos y con él debemos conformarnos, no olvidando jamás la regla de modestia, que con abrumador imperio nos impone la Naturaleza.

Podrá objetarse que estas lentas y pausadas conquistas experimentales podrían llevarse a cabo sin necesidad de tomar como pretexto aparatosas hipótesis, tan brillantes como falsas, pero quien tal afirme, demuestra desconocer el funcionalismo de la intelectualidad humana, que necesita siempre para desarrollar su máximo esfuerzo, para desplegar todas sus potenciales energías, de estímulos sentimentales, de incentivos que pongan en juego los más íntimos y poderosos resortes de su personalidad, como son el orgullo creador de su propia mente, y aquellas tendencias de interpretación y de proyección subjetiva a que aludía en las páginas anteriores. Las hipótesis son, pues, no sólo convenientes, sino necesarias, indispensables para el progreso de la ciencia, porque introducen en la labor intelectual elementos sentimentales, que multiplican el esfuerzo de la mente y aumentan prodigiosamente su rendimiento.

Prueba de esta necesidad de las hipótesis, es su persistencia aún en la época presente, en la que tan extraordinario desenvolvimiento ha alcanzado la investigación experimental, sin que por ello se hayan abandonado en ninguna de las ramas de la ciencia, las disquisiciones especulativas, por más que no resalten tan marcadamente como en las épocas en que constituían las casi únicas y exclusivas manifestaciones de la sabiduría humana. Hoy continúan fraguándose hipótesis para buscar explicación a los nuevos hechos que se van descubriendo, para coordinarlos entre sí y armonizarlos

con los ya antes conocidos, y para abrir el camino a nuevas invenciones. Estas teorías modernas son menos arbitrarias, permítaseme la palabra, que las antiguas, porque poseen una más amplia base empírica, porque se fundan en un mucho mayor número de fenómenos reales, y correlativamente, el elemento puramente interpretativo metafísico, aparece en ellas restringido de modo considerable, pero aun subsiste y subsistirá con su ineludible contenido subjetivo, y con el coeficiente de error que éste lleva fatalmente aparejado. Por eso las hipótesis modernas, aun aquéllas apoyadas en el más formidable aparato experimental, no pueden nunca estimarse como definitivas, sino que forzosamente por la evolución misma de las deducciones de ellas inferidas, van experimentando transformaciones de tal importancia, que llegan a alterar radicalmente sus conceptos primordiales. Así la más grandiosa de las hipótesis de la Medicina contemporánea, la doctrina celular, tan magistralmente definida por Virchow, y que durante muchos años ha dirigido el rumbo de las ciencias médicas, inspirando prodigiosos descubrimientos, ha tenido que sufrir, en el transcurso del tiempo, profundos cambios que han alcanzado hasta a sus bases fundamentales y han modificado totalmente su significación y sus tendencias. Mas aún, esta teoría que tan fecunda se ha mostrado, parece como si hubiera agotado ya su potencia creadora, como si revelara indicios de decrepitud, y va perdiendo terreno ante nuevas hipótesis, inspiradas en criterios distintos, y que al aparecer henchidas de promesas, se manifiestan más capaces que la vieja teoría celular de continuar impulsando el progreso de la ciencia. Hoy en Biología, el criterio morfológico, cifra y compendio de la doctrina hasta ahora dominante, va cediendo el paso al criterio químico, más dinámico, más fisiológico, más *vivo* en suma, que aquél, censurado siempre por excesivamente anatómico, es decir, estático, inerte, *muerto*, y en consonancia con esta evolución del espíritu científico, parece que toca a su fin el imperio de la célula, y que se inicia el de las sustancias químicas, representadas por esos misteriosos fer-

mentos, invisibles, impalpables, inaccesibles, pero dotados de numerosas y enérgicas acciones sobre los que se pretende fundar la Fisiología y la Patología novísimas.

Sirva esta digresión como patente ejemplo de la fragilidad de las hipótesis modernas, aun de las más encumbradas, de las más universalmente aceptadas y de las más firmemente garantizadas por la experiencia. ¿Será preciso aducir otros ejemplos para probar que a pesar de todo se continúan actualmente elaborando hipótesis y más hipótesis, como respondiendo a una indeclinable exigencia de la mente humana, y que a dicha elaboración consagran sus esfuerzos, no sólo los pensadores de propensión especulativa, sino también los sabios prácticos y positivos, los que persiguen la verdad real a través del intrincamiento de los hechos naturales? Permítaseme citar un solo nombre, el de nuestro glorioso compatriota Cajal que tan portentosos adelantos ha hecho realizar a la técnica histológica, que tan memorables descubrimientos ha llevado a cabo en la estructura del sistema nervioso y que a la vez tan geniales conceptos teóricos ha ideado para explicar muchos oscuros puntos de las funciones nerviosas.

Acéptemos, pues, por todas las razones dichas, las hipótesis, en lo que valen y por lo que representan para el avance de la ciencia, pero no nos ilusionemos acerca de su alcance, y sobre todo, no nos confiemos engañosamente en su eficacia, pues esta excesiva confianza tendría como consecuencia el abandono de la persecución de la verdad, que no debe cesar nunca, porque todas nuestras conquistas en esta interminable ruta no representan más que etapas intermedias, pero ninguna es la meta final. Apliquemos la modesta denominación de *hipótesis de trabajo o para el trabajo*, a todas las teorías y en armonía con este calificativo, adoptémoslas como guía en la tarea de investigación, como punto de orientación de nuestros esfuerzos, sin perjuicio de variar de rumbo en marcha, si a ello nos obligan los hechos, y así conseguiremos obtener de nuestro labor intelectual provechoso y duradero resultado, que será casi siempre muy esca-

so, pero a ello habremos de resignarnos, por ser ley inexorable de la actividad científica, que la fuerza mental en ella invertida sufra una enorme pérdida, por ser muy elevado el que pudiera denominarse coeficiente de trabajo interior improductivo.

Aplicando este mismo criterio de severa e imparcial lógica a las hipótesis antiguas, reconoceremos su fracaso respecto de la ambiciosa finalidad que se proponían, pero al mismo tiempo habremos de admitir que no han sido del todo estériles, puesto que por ellas se ha ido realizando penosamente ese progreso científico que ahora nos enorgullece; merced a ellas, y aunque tal no fuera el principal propósito de sus autores, se han ido acumulando los conocimientos que hoy nos permiten extender paulatinamente nuestro dominio sobre la Naturaleza, y además el escarmiento de los desengaños pretéritos, nos enseña a ser cautos, a no atribuir erróneamente a nuestra inteligencia un poder descifrador de los misterios eternos de que realmente carece, y a no confiar demasiado en esos vanos artificios teóricos, que no son, en último término, más que el provisional andamiaje que ayuda transitoriamente a construir el edificio de la ciencia. Respetemos, pues, el pasado, razón de ser y posibilidad imprescindible del presente, como éste lo es del porvenir, y huyendo de los estúpidos desplantes futuristas tan condenables por la ingratitud como por la falta de sentido común que revelan, admiremos la obra de nuestros antecesores que laboraron estimulados por el mismo ideal que a nosotros nos anima, y aunque señalemos sus errores, y aprendamos en ellos, no los censuremos sañudamente, porque en análogas equivocaciones estamos nosotros incurriendo, y ya se cuidarán nuestros sucesores de evienciarlas.

Voy a poner fin a estos preliminares de orden general, quizá demasiado largos, pero cuya extensión se justifica por la importancia del asunto tratado, y por la precisión de demostrar en sus líneas fundamentales la significación y la necesidad de las hipótesis científicas, antes de emprender el estudio

de las que de un modo especial pretenden explicar una cuestión concreta de la Patología, la del histerismo, pues de este modo, en posesión ya de las nociones generales que acabo de exponer, quedará perfectamente enfocado el tema y sin incurrir en más disgresiones, podré dedicarme exclusivamente al análisis particular de las opiniones sobre lo que se ha llamado naturaleza del histerismo, entendiéndose bien, en virtud de todo lo antes dicho, el verdadero sentido de este concepto y de otros semejantes, así como el exacto alcance y el valor práctico de todas aquellas hipótesis.

Constituye pues, lo hasta aquí expuesto, una como profesión de fe, una declaración de mi manera de pensar sobre importantísimos puntos de método científico que tienen relación inmediata y directa con el asunto que en este capítulo he de tratar, y al mismo tiempo una aclaración de conceptos y de vocablos, a los que generalmente se concede una significación abusiva y errónea: aclarados estos términos en el sentido que extensamente explicado queda, puedo ya emplearlos como se usan en el lenguaje científico corriente sin temor a que se me acuse de caer en los errores que me he cuidado de evidenciar en los párrafos precedentes; así, cuando hablemos de la *naturaleza del histerismo*, ya sabremos a qué atenernos, por estar previamente convencidos de que esa expresión tiene un valor puramente nominalista, pues la tal naturaleza es incognoscible y las hipótesis que pretenden explicarla, se reducen a un juego de vocablos, si bien colateralmente han dado ocasión al descubrimiento de nuevos hechos y de nuevas relaciones entre los mismos y, por lo tanto, han contribuido a perfeccionar el conocimiento práctico del histerismo.

Mas antes de dar por acabadas estas consideraciones preliminares, estimo oportuno, para más claridad, compendiar toda la dilatada discusión contenida en las páginas anteriores, en las breves conclusiones que a continuación expongo:

No existe ninguna hipótesis, teoría o doctrina, capaz de explicar la íntima naturaleza de las cosas, pues nuestra inteligen-

cia es, por sus condiciones intrínsecas, radicalmente incapaz de comprender la naturaleza de nada. Todas las pretendidas explicaciones de la naturaleza de las cosas no son más que manifestaciones de la ilusión nominalista.

Ninguna hipótesis científica puede calificarse de absolutamente verdadera, por más que todas contengan una proporción mayor o menor de verdad; por eso ninguna hipótesis, o digase teoría, es definitiva, sino que todas experimentan, en el curso del tiempo, modificaciones gradualmente crecientes que conducen a su desaparición y a su sustitución por otras hipótesis nuevas.

A pesar de las limitaciones expuestas, las hipótesis son necesarias en la elaboración científica, porque despiertan impulsos sentimentales que estimulan poderosamente la actividad mental y porque sirven de hilos conductores a los trabajos de investigación experimental. La utilidad de las hipótesis para el progreso de la ciencia consiste en el aporte de hechos nuevos y en el establecimiento de relaciones inéditas entre los mismos, así como en la función de orientar el trabajo intelectual de los investigadores.

De la labor constituida por la invención, defensa y discusión de toda hipótesis, hay que descontar siempre, como trabajo perdido, una proporción muy considerable, representada por la estéril tendencia a la interpretación esencial, inasequible a la inteligencia humana, y que se manifiesta por la continua transformación, por la evolución incesante, por el jamás interrumpido devenir de los conceptos teóricos que son expresión del espíritu científico de cada época. Descontada esa enorme pérdida, que ha de aceptarse como ley ineludible de la producción mental, la porción restante constituye el rendimiento útil de la hipótesis, compuesto, como se ha indicado en el párrafo anterior, de hechos y de relaciones entre hechos, nuevamente descubiertos, con ocasión de las inquisiciones a que la invención y la discusión polémica de la hipótesis ha dado lugar.

Las hipótesis, son no sólo convenientes, sino imprescindibles en la investigación científica, pues las impone el funcionamiento mismo de la mente humana, en la que existe una doble ten-

dencia interpretativa y de proyección externa de las creaciones imaginarias: esta doble tendencia, que no es susceptible de inhibición total, constituye el origen psicológico de toda construcción hipotética. Por eso la hipótesis es siempre inherente al pensamiento humano, y en la actualidad, a pesar del espléndido apogeo del método experimental se continúan forjando hipótesis, deleznablez también, como en tiempos pasados.

Las hipótesis, en suma, deben admitirse como normas de trabajo y medio de descubrir fenómenos nuevos, pero negando su finalidad interpretativa total.

Las teorías del histerismo: Edad Antigua y Edad Media.

De todas las ramas de la Ciencia y de la Medicina muy abundantemente pudieran entresacarse ejemplos en prueba de los asertos consignados en las precedentes páginas, pero ninguno fuera más demostrativo que el examen histórico-crítico que voy a emprender de las hipótesis antiguas y modernas sobre la naturaleza y la patogenia del histerismo, en cuyo estudio hallarán aplicación práctica todos los conceptos anteriormente enunciados.

He de advertir, ante todo, que este análisis de las opiniones sobre el histerismo, en las distintas épocas emitidas, será muy compendioso y ceñido a los puntos más culminantes, pues una discusión amplia y con todo detalle documentada exigiría por sí sola un abultado volumen; me propongo únicamente señalar, con la mayor exactitud posible, las etapas principales de la evolución de nuestros conocimientos acerca del histerismo hasta el momento presente, con objeto de que el lector se dé clara cuenta de los antecedentes de esta tan litigiosa cuestión y de la génesis de nuestras concepciones actuales, para terminar exponiendo las ideas hoy dominantes en este asunto, y mi personal manera de pensar acer-

ca del mismo, pero prescindiendo de pormenores minuciosos, que sobre no ser indispensables, dilatarían excesivamente la extensión de este trabajo y fatigarían la atención del que lo leyere. Más vastos desenvolvimientos del tema tratado puede encontrar, quien por ello tuviere interés, en varias obras estimables, en los monumentales tratados sobre el histerismo, publicados a mediados y a fines del pasado siglo XIX respectivamente por Briquet (1)* y por Gilles de la Tourette (2), en el más moderno de Binswanger (3) y en las monografías recientes de Cesbron (4), de Amselle (5), de Colín (6), de Claparède (7) y de Levi Bianchini (8), así como en las actas de las discusiones habidas sobre este asunto en el Congreso de Neurólogos y Alienistas franceses, verificado en Ginebra y Lausana en 1907 (9), en el Congreso internacional de Neurología y Psiquiatría de Amsterdam también en 1907 (10), en la Sociedad de Neurología de París en 1908 (11), en la Sociedad belga de Neurología en 1909 y en 1910 (12) en el III Congreso de la Sociedad italiana de Neurología reunido en Nápoles en 1911 (12 bis), etc.

Desde remotísima época suscitaron los fenómenos histéricos tentativas de interpretación, tan fantásticas como maravillosas eran las apariencias de aquel extraño mal: fue la teatral crisis convulsiva histérica la que antes atrajo la atención de los observadores, la que durante mucho tiempo se consideró como exclusiva expresión del histerismo, y hecho muy digno de nota, al cabo de los siglos, es esa misma crisis, la que por neurólogos contemporáneos tan eminentes como Bernheim, se estima como única manifestación histérica legítima.

En los escritos de Hipócrates (13) hállase la primera descripción exacta del ataque histérico, tan magistral como todos los diseños clínicos trazados por aquel sagacísimo observador, padre de la Medicina científica; a la enumeración de los caracteres del acceso acompaña una tentativa de explica-

(*) Véase la nota bibliográfica al final del capítulo.

ción, muy gráficamente expresada, en términos de brillante colorido y que siendo en mucho mecánica y en algo humoral, se armoniza bien con las ideas patogénicas generales de su autor. Hipócrates dice que el acceso histérico se produce porque la matriz, vacía y ligera, abandona su sitio natural y ascendiendo llega en busca de humedad al hígado, órgano repleto de humores, y adhiriéndose a éste, intercepta la respiración, hasta que por la flema que desciende de la cabeza a los hipocondrios, humedecida ya, se separa del hígado y vuelve a su posición normal, con lo que el paroxismo histérico cesa. Por absurdas que estas correrías de la matriz nos parezcan hoy, aunque surja la duda de que Hipócrates afirmara la migración uterina en un sentido metafórico, valiéndose de un lenguaje más poético que científico (y autorizan a pensarlo así varios pasajes de sus obras en que se habla de dicha víscera como de un animal autónomo, dotado de sensibilidad, de movimiento y de apetitos propios) y pareciendo probable que el factor humoral fuera lo que de más fundamento estimara el propio autor en su tentativa de interpretación, lo cierto es que ésta, en su doble tendencia mecánica y humoral, aislada o combinadamente, mereció universal aceptación, y perpetuándose a través de los siglos, no llegó a negársele totalmente crédito sino entrado ya el siglo XIX.

Consecuencia de la novelesca hipótesis hipocrática fueron: 1.º, la vinculación del histerismo en la matriz considerándola como una enfermedad uterina, dependiente de trastornos de dicho órgano; 2.º, el establecimiento de dos ejes patogénicos, el mecánico o de la migración uterina y el humoral o del trastorno de los líquidos orgánicos. Sobre estos dos temas fundamentales han de versar durante un larguísimo período de tiempo las especulaciones de los autores, limitadas a glosar y a combinar variadamente los conceptos contenidos en la doctrina de Hipócrates, sin que aparezcan opiniones originales hasta traspasados ya los umbrales de la Edad Moderna.

El dogma de la migración del útero fue solemnemente

confirmado y difundido en los círculos intelectuales no médicos, por la alta autoridad de Platón, que le parafraseó elocuentemente en su *Timeo* (14), adornándole con pintorescos tropos y exagerando su tendencia hasta el punto de describir a la matriz ansiosa de procreación, errante por el interior de todo el cuerpo en el que causa con sus desordenados movimientos los más variados trastornos. Así, consagrado por la brillante fantasía del más famoso filósofo de la antigüedad el concepto de los cambios de lugar del útero, nada de extraño tiene que se convirtiera en un prejuicio, en una opinión preestablecida muy difícil de desarraigar.

Sin embargo, los médicos, aunque dominados por esa preocupación dogmática y sin atreverse a romper con ella, seguían observando los fenómenos histéricos y enriqueciendo con nuevos datos el caudal de los conocimientos positivos, si bien incurrían fatalmente en el error de intentar la adaptación de los hechos que iban descubriendo a las equivocadas ideas teóricas imperantes, achaque este de que adolece la investigación experimental en todas las épocas, pero que en los tiempos antiguos se manifestaba con más lamentable intensidad que en los posteriores al Renacimiento. Dos insignes médicos, Celso y Areteo, que florecieron en los albores de la Era Cristiana, se ocuparon en sus escritos del histerismo, planteando el primero la diferenciación entre el histerismo y la epilepsia, tentativa en extremo meritoria y que revela la perspicacia clínica de su autor; tanto Celso como Areteo (éste posterior en un siglo a aquél) continúan atribuyendo la génesis del histerismo a trastornos del aparato genital femenino, y emplean un lenguaje figurado en exceso, que hace perder de vista la realidad bajo una lluvia de metáforas y de comparaciones imaginarias. Areteo, en especial, defiende explícitamente la teoría de la movilidad del útero, al que supone capaz de ascender dentro del vientre hasta ponerse en contacto con el hígado, con el diafragma y hasta con el corazón, engendrando así los síntomas histéricos.

He dicho antes que la hipótesis patogénica de Hipócrates

contenía dos factores, uno mecánico constituido por la migración uterina, y otro humoral, consistente en la apetencia de la matriz por la humedad que va a buscar al hígado; de estos dos factores, el mecánico, el de la ectopia uterina, es evidentemente el más absurdo, el más difícil de defender y de hacer compatible con los conocimientos anatómicos por elementales que éstos sean, por lo que no es de extrañar que fuera el primero en sufrir los embates de la crítica, y que a él dirigieran, en primer término, sus objeciones los fieles observadores de la Naturaleza. Galeno, la segunda figura médica de la antigüedad y aun la primera bajo algunos conceptos, como el de la experimentación fisiológica, se atrevió a negar con todo el peso de su gran prestigio y fundándose en los datos de la Anatomía, el dogma de la migración del útero, afirmando que este órgano permanece fijo en el lugar que ocupa, sujeto por lazos que no pueden romperse y que le impiden recorrer libremente la cavidad abdominal como erróneamente se suponía. Pero Galeno continúa considerando a la matriz como origen de los trastornos histéricos y recogiendo el germen de interpretación humoral contenido en la teoría de Hipócrates, le desarrolló considerablemente, convirtiéndole en el factor explicativo dominante, o mejor dicho, exclusivo, y a la vez le imprimió un rumbo distinto del señalado por el autor griego. Galeno supuso que el histerismo era debido a la retención en la matriz de las sustancias seminales, que no pudiendo ser útilmente aprovechadas, ni tampoco expulsadas, experimentan un proceso de corrupción y engendran los variados síntomas histéricos. Al llegar a este punto, séame permitida una corta digresión con objeto de señalar una interesantísima analogía; a todo el que esté al corriente de las modernas doctrinas sobre el histerismo, no puede por menos de llamarle la atención la extraordinaria semejanza, el sorprendente paralelismo que existe, en planos distintos, entre estos conceptos de Galeno y los que constituyen el fundamento de la hoy tan discutida y famosa teoría de Freud. En ambas doctrinas, en la vieja galénica y en la flamante freu-

diana, se atribuye a la sexualidad el papel predominante y decisivo en la patogenia del histerismo, en las dos son motivos de orden sexual los que causan los trastornos histéricos, y hasta en una y otra se emplean términos muy parecidos, hablándose de retención, de apetencias no satisfechas, de falta de utilización provechosa, de imposibilidad de expulsión etcétera; la diferencia entre ambas teorías estriba en que la de Galeno es organicista, atiende a los procesos materiales y basa su explicación en las viciaciones de los humores, mientras que la de Freud es psíquica, y busca la interpretación de los fenómenos histéricos en la esfera de la actividad intelectual, tratando de adaptarlos a las leyes del determinismo mental; cuando en uno de los capítulos siguientes me ocupe con detalle de la teoría de Freud y del psico-análisis, podrán apreciarse con mayor evidencia las analogías que aquí he esbozado.

Volviendo a la hipótesis de Galeno, importa hacer constar que su principal mérito es el de haber negado abiertamente el falso principio de la dislocación uterina, pero este absurdo concepto había echado ya tan hondas raíces, era tan sugestivo, hablaba con tal viveza a la imaginación, que pese a la autoridad del médico de Pérgamo, sobrevivió mucho tiempo a sus justas censuras, y según veremos pronto, subsistió hasta el comienzo mismo de la Edad Moderna. La doctrina patogénica de Galeno, por la depuración resultante del extrañamiento de la fantástica interpretación migratoria representa, pues, un considerable adelanto sobre las hipótesis anteriores; es una teoría fundamentalmente uterina y humoral, y en este punto continúa marcando el mismo derrotero precedente, mientras que desde el punto de vista de la explicación mecánica le modificó esencialmente, aunque no de un modo definitivo. Es de advertir, por último, que aunque Galeno sostiene sin reservas la doctrina del origen uterino del histerismo, conoció ya la posibilidad de su existencia en el hombre, aplicando a éste la misma teoría patogénica de la retención y corrupción de las materias seminales.

Después de Galeno ábrese un largo paréntesis que abarca

el período final de la Edad Antigua y toda la Edad Media, durante el cual, los conocimientos acerca del histerismo, como todos los de la Medicina en general, permanecieron sensiblemente estacionarios, siendo muy limitados y muy escasos los progresos realizados en tan prolongado lapso de tiempo.

En los siglos iv y v, Aecio y Pablo de Egina se ocupan del histerismo y tratan de explicarle valiéndose de la hipótesis de Galeno, pero introducen una variante digna de nota, porque la expresaron con un término tan afortunado, que no sólo tuvo general aceptación divulgándose entre profesionales y profanos, sino que persistió durante centenares de años, llegando a su mayor boga en los siglos xvii y xviii, y no cayendo en desuso hasta bien entrado el xix; esta expresión feliz es la de los *vapores*, que según los autores citados, se engendrarían en el útero como consecuencia del trastorno humoral señalado por Galeno y ascenderían hasta el hígado, el corazón y el cerebro; así aparece a fines de la Edad Antigua transformada, renovada y como espiritualizada la burda teoría primitiva de la traslación del útero *in toto*, y a la vez armonizada con la hipótesis humoral clásica; pero es de advertir que la inverosímil noción de la migración uterina, en su primitiva significación, subsistió aún durante mucho tiempo, y en pleno siglo xvi, un autor de tanto prestigio como Ambrosio Paré, la acepta, aunque combinándola con la teoría de los vapores pútridos, de abolengo galénico.

*Las teorías del histerismo. El Renacimiento:
siglos xvii y xviii.*

A principios del siglo xvii tuvo lugar el primer avance decisivo en la teoría del histerismo, después del prolongado eclipse medioeval, siendo el impulso innovador debido a Carlos Lepois, médico lorenés, el cual, rompiendo valientemente con los prejuicios dominantes, afirmó que el histerismo

es una enfermedad cerebral, y que en su génesis no tiene intervención el útero ni los demás órganos del aparato genital, siendo completamente imaginarias, tanto la teoría de la migración uterina, como la de la retención y corrupción de las materias seminales. Es un mérito extraordinario de Lepois el de haberse atrevido a atacar de frente las doctrinas hasta entonces unánimemente admitidas, formulando un concepto completamente original del histerismo y expresándole con admirable precisión, a la vez que criticaba con lógica contundente la tradicional hipótesis uterina, venerable por su antigüedad. Carecía necesariamente Lepois, de los poderosos argumentos derivados de la observación clínica y del análisis psicológico que hoy poseemos para sostener la génesis cerebral, o en más amplios términos, nerviosa, del histerismo, y por eso la parte crítica de su obra tiene más sólido valor que la dogmática, en la que defiende su propia opinión, pero su intuición genial fue tan acertada, que con estricta justicia se le debe considerar como el fundador de las concepciones modernas sobre el histerismo, siendo el primero que le arrancó del útero para colocarle en el sistema nervioso, donde continúa cada vez más establemente localizado.

Como es natural, las ideas de Lepois, prematuras en la época en que fueron expuestas (en el primer cuarto del siglo xvii), y tan en abierta contradicción con lo que entonces generalmente se pensaba, no encontraron en un principio apenas eco, suscitando, por el contrario, acerbas críticas y despertando una reacción en pro de las doctrinas clásicas de la corrupción de los humores seminales, de los vapores y de la migración uterina, que según ya he dicho, habían sido remozadas a mediados del siglo xvi por Ambrosio Paré, y también, hacia la misma época, por Fernel. Por entonces asimismo se difundió entre el vulgo ilustrado en los salones literarios y en los demás círculos de la alta sociedad, la ficticia noción de los vapores, convirtiéndolos en enfermedad de moda y creando un estado de opinión que había de tardar mucho en desaparecer.

Pero mientras el mundo frívolo, tan rutinariamente como siempre, se dejaba deslizar por tan errados rumbos, observadores de talento recogían la semilla lanzada por Lepois y la hacían germinar, preparando la fecunda cosecha que habían de recolectar las generaciones venideras. En el último tercio del siglo xvii, Tomás Willis (15), defendió con sólidos argumentos derivados de los hechos clínicos, el origen nervioso del histerismo, sosteniendo, con tal motivo, una animada polémica epistolar con Higmoro, el cual, inventor de una hipótesis que pudiera calificarse de circulatoria, atribuía los síntomas histéricos a la congestión de los vasos pulmonares y del corazón. En las obras de Willis se encuentran además muy minuciosas y fieles descripciones de las manifestaciones histéricas, especialmente de las crisis convulsivas, acertadísimas consideraciones de orden psicológico y social, y una comparación entre el histerismo y la hipocondría, señalando semejanzas que más adelante habían de alcanzar un alto valor teórico, sirviendo de punto de partida a prolongadísimas discusiones.

La hipótesis del origen nervioso del histerismo adquirió, dentro del mismo siglo xvii, considerable importancia con la adhesión del inmortal clínico Sydenham, uno de los más grandes genios que en todos los tiempos han ilustrado la Historia de la Medicina. Sydenham consideró al histerismo como una afección nerviosa, en el sentido más amplio y general de este calificativo, sin pretender localizarla en el cerebro ni en ningún otro órgano determinado, sino estimándola, en armonía con su doctrina general patogénica, como una ataxia de los *espíritus animales*, es decir, como una perturbación de la actividad nerviosa y de su influencia en el organismo; precisamente este concepto sintético y unitario general, y no localicista del gran clínico inglés, constituye el principal acierto de su teoría y la aproxima a las hipótesis actuales más recientes, que no ven en el histerismo una simple alteración de la psiquis, sino de la totalidad de las funciones nerviosas.

Sostuvo Sydenham, con todo el brío de su excepcional

talento, la tesis de la asimilación del histerismo a la hipocondría, afirmando la comunidad substancial de ambas afecciones, diferenciadas sólo por el sexo en que se manifiestan, pues lo que en la mujer es histerismo, en el hombre es hipocondría, equivaliendo ésta al histerismo masculino, ya conocido, aunque como fenómeno muy raro, desde el tiempo de Galeno. Cual siempre ocurre en las discusiones sobre las hipótesis por falaces que éstas sean, las disertaciones sobre la baldía tesis de la semejanza entre la hipocondría y el histerismo contribuyeron poderosamente al mejor conocimiento de ambos estados patológicos, y merced a ellas, y muy especialmente a los estudios de Sydenham, se evidenció el carácter neuropsíquico de los síntomas histéricos.

No fue sólo en el terreno especulativo donde ha dejado Sydenham huellas del interés que le inspiraron los problemas del histerismo, sino que también en el orden práctico hizo realizar considerables adelantos al conocimiento de dicha afección, trazando insuperables descripciones, no sólo del acceso convulsivo, sino también de otros accidentes histéricos; esos diseños son tan exactos, reflejan tan fielmente la realidad de los hechos, y a la vez son tan gráficos, tan justos y tan precisos, que han resistido a los ultrajes del tiempo, y todavía hoy merecen citarse como modelos de observación perspicaz; en prueba de ello, en los capítulos de la parte clínica de esta obra, se verá repetidamente mencionado el nombre del excelso médico inglés del siglo xvii (16). No me es posible entrar aquí en detalles, pero no puedo pasar en silencio la felicísima exposición de los caracteres de la apoplejía y hemiplegia histéricas, de la tos, de los diversos trastornos sensitivos, y especialmente de los dolores, del clavo histérico, de los vómitos, de la poliuria y otros trastornos viscerales, y sobre todo del estado mental de los sujetos histéricos, magistralmente analizado.

Así como en el siglo xvii se realizaron progresos extraordinarios en la teoría y en la clínica del histerismo, alzándose frente a la vieja hipótesis patogénica uterina, la nerviosa, que

había de ser la fecunda doctrina del porvenir, y enriqueciéndose en grado sumo los capítulos gemelos de sintomatología y diagnóstico, en el siguiente siglo XVIII abrióse un período de latencia, un compás de espera, durante el cual apenas nada nuevo ni interesante hay que registrar. La teoría nerviosa del histerismo, aunque patrocinada por nombres tan gloriosos como los de Willis y Sydenham, difícilmente se abría camino, y el vulgo médico y no médico continuaba aferrado a la rancia hipótesis uterina y de los vapores; es de advertir, sin embargo, que estos famosos vapores hubieran podido, a muy poca costa, identificarse con los espíritus animales de la teoría sydenhamiana, pues la diferencia era puramente nominal, pero el malhadado verbalismo, en su fatal tendencia a complicar todas las cosas, en vez de ser integrante es diferenciante y por eso ahonda siempre la divergencias, aunque sean sólo supuestas, en vez de tratar de borrarlas; mas no censuremos con demasiada saña estos errores de épocas pasadas, porque en la nuestra tenemos también lamentables ejemplos de los extravíos a que conduce el furor verbalista.

El hecho es que durante todo el siglo XVIII persistió el antagonismo entre la hipótesis nerviosa, sólo comprendida y aceptada por algunos entendimientos privilegiados, y la uterina, que con ligeras variantes diversas era artículo de fe para la masa común de médicos y clientes.

Seguía preocupando a los tratadistas la vana cuestión de las relaciones entre la hipocondría y el histerismo, y así Stahl los unió en una misma y única entidad a la que denominó *mal histérico-hipocondríaco* y Whytt afirmó que los síntomas de una y otra afección eran iguales, mientras que Hoffmann negó tal identidad, pero sin firmeza, pues en otros pasajes de sus obras se inclina a aceptarla. En lo que a patogenia respecta, continuaba dominando, según en el párrafo anterior he indicado, la hipótesis humoral, uterina y de los vapores, sostenida decididamente entre otros médicos de cierta nota por Chambon, Astruc, Ridley, etc, Otras figuras

más culminantes como Hoffmann, y de primera línea como el gran Boerhaave, no rompen completamente con la tradición, pero introducen en ella importantes modificaciones que tienden a hermanar las antiguas hipótesis uterinas y humorales con la nueva doctrina nerviosa. Hoffmann (17) continua admitiendo la corrupción de la materia seminal y de la sangre en el útero, pero añade que la difusión de estos humores alterados por todos los elementos nerviosos del cuerpo es la causa del histerismo. Boerhaave (18) expresa una opinión también ecléctica, declarando que los humores corrompidos y estancados en la matriz actúan incitando los numerosos nervios de que este órgano se halla dotado, y engendrando así los diversos síntomas histéricos; Boerhaave expone una importantísima reserva que destruye el exclusivismo de la teoría uterina, a la vez que fomenta la importancia del factor patogénico nervioso, al afirmar que la matriz no es la causa única de los trastornos histéricos, sino que a veces son éstos debidos a las perturbaciones de la inervación de otras vísceras abdominales; el insigne clínico holandés dió, pues, en su concepción sobre la génesis del histerismo amplia cabida a la influencia nerviosa, pero sin prescindir de la intervención del útero y de las alteraciones humorales en el mismo, ni de la localización abdominal. Esta misma determinación en el abdomen, unida a una interpretación circulatoria que recuerda a la de Higmoro, encuéntrase en la opinión de Stahl, para quien los síntomas histéricos serían debidos a la congestión sanguínea en el territorio de la vena porta. Van Swieten (19) aceptó íntegramente la doctrina de Boerhaave, afirmando, como éste, que el histerismo es debido a alteraciones de los nervios abdominales.

Así, bajo la égida de los más ilustres cultivadores de la ciencia médica, se iba insinuando el concepto de la histerogénesis nerviosa en la antigua hipótesis uterina y humoral, desnaturalizándola, desmoronándola poco a poco y preparando con firme lentitud su total ruina, ya muy próxima. En la segunda mitad de este mismo siglo XVIII se acentuó marcadamente

la tendencia favorable a la teoría nerviosa, y autores hubo que prescindiendo de las transiciones entre lo antiguo y lo nuevo intentadas por sus antecesores, abandonaron definitivamente la hipótesis uterina para proclamar sin reservas la superioridad de la doctrina de Lepois, de Willis y de Sydenham, que reforzaron con nuevos y valiosos argumentos de orden clínico; entre estos defensores de la patogenia nerviosa del histerismo a mediados y a fines del siglo XVIII figuran, en primer término, Raulin (20), que combatió la opinión dominante sobre los vapores y sostuvo el origen y el carácter predominantemente psíquicos de aquella afección, Pomme (21) prosélito y ampliador de las ideas de Sydenham, Ludwig que consideró como causa primera del histerismo la irritación del sistema nervioso, etc.

Las teorías del histerismo: siglo XIX, hasta Charcot.

Suficientemente se hallaba preparado el terreno al comenzar el siglo XIX para la decisiva victoria de la teoría nerviosa, doscientos años antes enunciada, y sólo por la perniciosa fuerza de la rutina podía aún mantenerse en pie, aunque vacilante, la decrepita hipótesis útero-humoral; sin embargo, todavía tuvo ésta entusiastas defensores entre los escritores médicos, dentro de dicho siglo. En 1816 publicó Louyer-Villermay (22) un voluminoso tratado sobre las *Enfermedades nerviosas o vapores*, que según la justa frase de Briquet, parece escrito en el año 1500, pues en él no se encuentran sino debilísimos reflejos de los progresos llevados a cabo desde el comienzo de la Edad Moderna, y en cambio campean de modo lamentable los errores que informaban las doctrinas antiguas, condenadas ya entonces por una experiencia secular; para Louyer-Villermay, el único asiento y punto de partida de todos los trastornos histéricos era el útero, y por lo tanto,

las observaciones de histerismo masculino dadas a conocer por muchos autores precedentes y hasta por el mismo Galeno, no eran más que burdas equivocaciones de diagnóstico; el histerismo para este atrasado autor reconocería como causas más frecuentes las perturbaciones menstruales, y la abstinencia de los placeres sexuales, y en su desmesurado apego a la tradición, llega a resucitar el concepto de la plétora espermiática en la matriz y aun evoca la antiquísima tesis hipocrática de la migración uterina, ya por aquella época relegada al olvido, al afirmar que durante los accesos convulsivos se aprecia por palpación un movimiento vermicular del útero. Mas por enemigo de innovaciones que Louyer-Villermay se mostrara, no pudo en absoluto sustraerse a la poderosa corriente del progreso y en su libro, al lado de los arcáicos conceptos más arriba transcritos y de otros semejantes, figura alguna concesión a las ideas nuevas, y así introduce en su artificio patogénico la noción de la sensibilidad exaltada del útero como factor que interviene en la determinación de los fenómenos histéricos, reconociendo de este modo, aunque sólo parcialmente y en lugar secundario, la influencia del sistema nervioso en la génesis de dichos fenómenos.

La opinión de Louyer-Villermay tuvo partidarios, y algunos de incontestable valía, hasta corrida ya buena parte del siglo XIX, más los esfuerzos para continuar sosteniendo la ruinosa hipótesis uterina, fueron completamente estériles y no tuvieron eco en el mundo científico, por lo que considero inútil mencionar los nombres de los autores empeñados en esta vana tarea. La teoría de la localización uterina del histerismo puede darse como definitivamente enterrada con Louyer-Villermay, y no digo lo mismo de la humoral, porque con el auge creciente del humorismo contemporáneo y con los avances formidables de la endocrinología, no sería extraño que resucitara pujante, adornada con nuevos ropajes que la remozaran y transfiguraran. Pero prescindiendo de estos atisbos del porvenir, quizá muy próximo, para continuar mi examen histórico-crítico de las doctrinas acerca del histeris-

mo, avanzado ya el siglo xix, no tengo que ocuparme sino de las basadas en su origen y carácter nerviosos, y como en esta época tan próxima ya a la nuestra abundan considerablemente los trabajos, tanto especulativos como de observación clínica, me veré forzado, para no ser profuso, a practicar una rigurosa selección, no mencionando más que aquéllos de gran importancia y de transcendencia duradera.

La época a que me estoy refiriendo, que comprende el segundo tercio del siglo xix, fue la del apogeo de la Medicina francesa, la del más alto esplendor de la Escuela de París, en la que una brillante pléyade de maestros atraían, con el fulgor de su prestigio, a los estudiosos de todos los ámbitos del mundo civilizado; como por otra parte, el histerismo en la raza latina parece más exuberante, más rico en manifestaciones aparatosas que en las demás de la especie humana, es lógico que en esta etapa de la historia de dicha psiconeurosis figuren, principalmente, nombres de sabios de Francia, país donde se ha preparado casi exclusivamente la elaboración de los conceptos modernos sobre la afección histérica, en los tiempos en que en Germania se desarrollaba la Histología y la Anatomía patológica, y en la Gran Bretaña se cultivaba fervorosamente la clínica somática por Graves, Addison, Murchison, etc. Sin embargo, como toda regla tiene excepción, y la que yo acabo de consignar no pretende ser absoluta, he de citar aquí el nombre de un autor inglés, de Brodie (23), que en 1837, en una obra aun hoy muy digna de leerse, defendió el origen psíquico del histerismo, explicó el papel de la autosugestión en la producción de sus síntomas, y se ocupó también de los caracteres y significación de los llamados estigmas. Esta tendencia a considerar al histerismo como una enfermedad fundamental, y aun exclusivamente psíquica, ya manifestada en los escritos de tratadistas anteriores a Brodie, no es más que el resultado de la natural evolución progresiva de la teoría nerviosa, y representa una modalidad avanzada de la misma, así como en el polo opuesto, la variante que puede denominarse retrógada, es la constituí-

da por la hipótesis que hace depender las perturbaciones hísticas de trastornos de la inervación abdominal, y que no viene a ser más que la postrera metamorfosis de la vieja teoría uterina, convertida en la de la irritación de los nervios del útero, y más tarde en la de la neurosis ganglionar simpática, según la calificación de Barbier de Amiens. En cuanto a la doctrina psicógena defendida por Brodie y por algunos otros autores antes que él, representa un positivo adelanto, pero su exactitud no ha sido ni aun hoy mismo unánimemente reconocida, pues en el lugar oportuno se verá que actualmente se hallan acerca de este punto muy divididas las opiniones.

En el pasado siglo XIX continuaba preocupando los ánimos el problema de las conexiones entre el histerismo y la hipocondría, tan discutido desde hacía cerca de dos siglos, y considerándole de perentoria actualidad, la *Sociedad de Medicina de Burdeos* estimó oportuno elegirle como tema de un concurso, otorgando el triunfo al ya citado Dubois de Amiens, quien no presentó soluciones nuevas, sino que se limitó a adoptar el parecer mismo de Sydenham, sobre la equivalencia del histerismo en la mujer y de la hipocondría en el hombre.

El grupo que merece denominarse de los precursores inmediatos de las teorías contemporáneas del histerismo, está constituido por Georget, Brachet, Sandras, Gendrín, Lasegue, y a la cabeza de todos Briquet, cuya admirable labor en materia de histerismo es parangonable con la de sus más ilustres cultivadores, Lepois, Sydenham y Charcot. El más antiguo de estos precursores es Georget (24), que en 1821 publicó una obra en la que censuró duramente los errores contenidos en la de Louyer-Villermay, consignando en ella la siguiente discreta definición del histerismo: «es una enfermedad convulsiva, apirética, generalmente crónica, constituida por un estado irritativo especial del cerebro, del que dependen todos los síntomas»; Georget acepta, pues, el origen, no sólo nervioso, sino más concretamente cerebral del histerismo. Bra-

chet, en su *Tratado del histerismo* (25), publicado en 1847, se muestra también partidario de la patogenia cerebral, incluyendo en su definición, que es principalmente descriptiva, el concepto un tanto vago de neurosis del sistema nervioso cerebral; en la obra de Brachet figuran detalladamente enumerados los principales síntomas histéricos, y es más recomendable desde el punto de vista de la fidelidad en la observación clínica, que de la originalidad en las especulaciones teóricas.

El libro de Sandras (26), en cambio, contiene ideas muy originales, y tan revolucionarias para la época en que fueron emitidas, que sólo después de medio siglo fueron resucitadas, o mejor dicho, concebidas de nuevo, y en la fecha presente constituyen el motivo de las más interesantes discusiones de actualidad; Sandras refiere con exactitud y acertada expresión los varios fenómenos histéricos, y su definición, que es más bien una descripción abreviada, en la que figuran los síntomas más importantes, es muy aceptable; pero los parajes de su obra que hoy ofrecen más interés, son aquéllos en que pone en tela de juicio el valor de los pretendidos estigmas, y especialmente de la anestesia, que no le parece síntoma genuinamente histérico, calificándole de fenómeno accesorio y superpuesto, y aquéllos otros en que llama la atención sobre la frecuente combinación del histerismo con todas las enfermedades de los nervios, concepto muy acertado y muy en armonía con la actual tendencia limitadora del campo del histerismo, que ha corregido los abusos engendrados por el anterior prurito amplificador a ultranza; estas consideraciones que acaso parezcan ahora un tanto obscuras, se comprenderán fácilmente cuando al final de este capítulo me ocupe del estado actual de la doctrina patogénica del histerismo.

Gendrín (27) que ha ilustrado su nombre en el campo de la Clínica médica general, dedicó algunos interesantes trabajos al histerismo, en los cuales, sosteniendo una opinión que ha sido clásica y casi indiscutible hasta hace pocos años,

afirmó la constancia y la importancia de los estigmas, y especialmente de la anestesia, que general o local, se encuentra en todos los casos sin excepción; existe, pues, abierta contradicción entre el parecer de Gendrán y el un poco más tarde expuesto por Sandras, y si la evolución de la doctrina pareció en un principio y por largo tiempo dar el triunfo al primero, las más recientes concepciones se inclinan a favor del segundo.

Lasegue, insigne neurólogo de inolvidable memoria, ha escrito acerca del histerismo páginas inmarcesibles, en las cuales campea su clarísimo talento y su sagaz espíritu de observación. Como documentos de valor insuperable se conservan sus descripciones de algunos síntomas, cual la tos histerica, y además, sus juicios sobre el histerismo en general, por el buen sentido de que se hallan impregnados, por su sinceridad y por su adaptación a la realidad, encierran muy provechosas enseñanzas. Lasegue distingue en el histerismo tres modalidades que no son formas de existencia aislada, sino que son susceptibles de combinarse diversamente; esas tres modalidades son la diátesis psiconeurósica o conjunto de caracteres físicos y morales del sujeto histerico; las crisis convulsivas y los síntomas especiales localizados que constituyen el que llama histerismo local; este concepto de histerismo local y el de diátesis psiconeurósica, son ambos en extremo afortunados, y aun hoy en día deben aceptarse como muy fecundos en útiles orientaciones.

Así como Gendrán y Lasegue fueron investigadores en Medicina general y en Neurología, que entre otras cosas se ocuparon del histerismo, Briquet fue un especialista en esta psiconeurosis, pero aplicando a ella sus privilegiadas dotes de observación y de raciocinio, realizó una labor prodigiosa, tanto más admirada cuanto mejor se la conoce; su obra sobre el histerismo (29), basada en el estudio directo de centenares de casos, es un verdadero monumento clínico que subsiste como manantial de información imprescindible para todo el que desee profundizar en el conocimiento de esta psico-

neurosis y por eso el nombre de su autor continúa siendo frecuentísimamente citado en los libros y monografías más modernos. Por lo detallada y completa merece la obra de Briquet ser comparada con la que treinta y dos años más tarde escribió Gilles de la Tourette, y aun ofrece sobre ésta la ventaja de adaptarse más fielmente a la realidad de los hechos, por no estar influida por las posteriores exageraciones doctrinarias de la escuela de la Salpêtrière. Un mérito grande del tratado de Briquet, es la exactitud y la imparcialidad con que hace la crítica de las opiniones históricas, evidenciando la verdad contenida en las concepciones de Lepois y de Sydenham, y condenando con fallo inapelable la teoría uterina, aún en sus últimas transformaciones. En lo que a la descripción de los síntomas respecta, puede afirmarse que ninguno de los fenómenos legítimamente histéricos, escapó a la penetración de este agudo observador, y los que después de él se agregaron al cuadro del histerismo, es casi seguro que lo fueron indebidamente y de modo transitorio; pues en la actualidad se tiende a separarlos, rectificando errores pasados; si fuera a mencionar todo cuanto de notable encierra la parte descriptiva de la obra de Briquet, necesitaría un considerable número de páginas, de que no puedo disponer, y como, por otra parte, en la sección clínica del presente libro se hallará varias veces citado este autor, me limitaré aquí a transcribir su definición del histerismo, según la cual es «una neurosis del encéfalo, cuyas manifestaciones consisten principalmente en trastornos de los actos vitales que sirven de expresión a las sensaciones afectivas y a las pasiones». El núcleo de la definición de Briquet es esta comparación entre los fenómenos histéricos y los que normalmente exteriorizan los afectos, comparación que desarrolla analizando aquellos fenómenos y buscando su equivalente, o mejor dicho, su germen en las expresiones emotivas, tales como la opresión epigástrica o torácica, la constricción faríngea, la irregularidad respiratoria, etc. Briquet inserta también en su obra atinadísimas reflexiones sobre el carácter de los sujetos histéricos, y par-

ticularmente sobre sus condiciones morales, pero de este punto he de ocuparme en especial en otro capítulo de este libro.

Con la grandiosa obra de Briquet se cierra el dilatado y laborioso período que debe denominarse de preparación, durante el cual se fueron lentamente acumulando los datos empíricos y sembrando los gérmenes que más tarde habían de fructificar; a este período sigue el contemporáneo, de eclosión, inaugurado con una fase de esplendor que parecía definitivo, pero que pronto fue combatido por los ataques de acerada crítica, hasta resolverse en la situación actual, un tanto caótica, pero en medio de su confusión más próxima a la verdad que la ficticia claridad anterior.

La Escuela de la Salpêtrière.

Llena todo el final del siglo xix la brillante doctrina de Charcot, jefe de la Escuela de la Salpêtrière y creador de un conjunto de conceptos, tanto de orden teórico como práctico, sobre el histerismo, que a pesar de sus apariencias de sólida firmeza y de la enorme boga que rápidamente alcanzaron, han sobrevivido en su integridad muy poco a su autor, pues aunque éste tuvo muchos y muy devotos discípulos, no han logrado mantener incólume la opinión del maestro, antes al contrario, algunos, convencidos del erróneo rumbo seguido se han convertido en sus rectificadores. Es muy difícil dar cuenta en pocos renglones de la inmensa labor de Charcot en materia de histerismo, tanto más cuanto que no se halla condensada en un sólo libro, sino esparcida en sus diversas obras, especialmente en las famosas *Lecciones de los martes* (30) y en las *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso* (31). Sin entrar en detalles que exigirían gran espacio, me limitaré, pues, a indicar las rasgos fundamentales de la doctrina del insigne Profesor de la Salpêtrière.

La variadísima sintomatología del histerismo se conocía ya bastante bien, tanto extensiva como intensivamente, es decir, lo mismo en relación al número y diversidad de síntomas, como a los pormenores característicos de cada uno; sin embargo, Charcot logró ampliar extraordinariamente el cuadro sindrómico de dicha psiconeurosis, describiendo muchos fenómenos nuevos, y además ahondando en el análisis de los rasgos peculiares de cada una de sus manifestaciones, y precisamente esta desmesurada extensión del contenido del histerismo, esta incorporación a él de múltiples estados morbosos, que es por lo menos muy discutible que en rigor le pertenezcan, constituye el más grave defecto de la doctrina que estoy examinando, aquél por el que fue más pronto y con más justicia combatida, y el que ocasionó su prematura ruina. Charcot dió cabida entre los síntomas del histerismo a multitud de trastornos tróficos, viscerales, vasomotores, etc., que después se ha demostrado que no son propios de la mencionada psiconeurosis, sino producto de la simulación o resultado de la asociación de aquella afección con otras enfermedades, orgánicas o funcionales.

Además de la ampliación exagerada del concepto del histerismo, otro de los propósitos de Charcot, con exceso de celo perseguido y logrado, fue la sistematización del mismo, pero no una sistematización laxa que permitiera ulteriores modificaciones, sino rígida, estricta, y tan inflexiblemente trabada, que toda tentativa de reforma había de derrumbar la construcción entera, como efectivamente así ha ocurrido. La tendencia a esquematizar desmedidamente los hechos se revela, no sólo en la concepción general del histerismo, sino también en la especial de algunas de sus más importantes manifestaciones y sobre todo, en la de los paroxismos convulsivos; Charcot comenzó por distinguir dos tipos de éstos, que distinguió con las denominaciones de acceso mayor y menor, trazando del primero, que constituiría la más típica y completa expresión del ataque histérico, una galana y atractiva descripción que durante muchos años se ha venido repitiendo en los

libros como canon clásico de lo que son o, mejor dicho, de lo que debían ser las crisis del histerismo; en este acceso mayor señalaba Charcot cuatro períodos, el epileptoideo, el de los movimientos extensos y contorsiones, el de las actitudes pasionales, y el de delirio, los cuales se sucedían en este mismo orden y ostentando siempre análogos caracteres. Cuando hace ya bastantes años, comencé yo a practicar la especialidad neurológica, en una época en que las teorías de Charcot ejercían aún un dominio absoluto y sin rival en nuestro país, sorprendiome mucho no encontrar nunca confirmada en la realidad la descripción clásica del acceso mayor, aun tratándose de crisis muy violentas y prolongadas durante días enteros y de enfermas adiestradas y cultivadas, con su histerismo exaltado por una larga hospitalización; leyendo en revistas y libros, alemanes principalmente, observaciones que desmentían la fórmula de Charcot y que coincidían con mi propia experiencia, me atreví a elevar mi voz en las Sociedades científicas de Madrid, declarando que en nuestra tierra, como por lo visto también en Alemania, los grandes accesos histéricos no se adaptaban al esquema de la Salpêtrière, y tuve la satisfacción de que muy expertos clínicos, como el doctor Valle y Aldabalde se mostraran de idéntico parecer.

Al poco tiempo, en la misma Francia, se hizo patente la protesta, rápidamente generalizada, contra la artificiosa descripción de Charcot, y pronto quedó demostrado que la aparatosa crisis con los cuatro consabidos períodos no tenía realidad más que dentro de los muros de la Salpêtrière, donde la padecían las histéricas a las que involuntariamente, por un acto de sugestión, se las había enseñado a realizar en esa forma sus ataques convulsivos, y con la decadencia de dicha doctrina, ni en la Salpêtrière misma han vuelto a presenciarse crisis de esa naturaleza. Se trataba, pues, de paroxismos convulsivos, artificialmente modelados con arreglo a un patrón teórico. Lo ocurrido fue que Charcot, llevado de su celo sistematizador, reunió en un cuadro único los elementos sintomáticos observados en ocasiones diversas,

o tal vez en gran parte fortuitamente agrupados en un sólo caso, y una vez forjada la descripción sintética y solemnemente repetida con toda la autoridad de su inmenso prestigio, ante una multitud de discípulos pendientes de los labios del maestro, y en presencia de las enfermas mismas, éstas se creyeron en la obligación de apropiársela y de cumplirla fielmente, como un rito impuesto por el sabio Profesor, transmitiéndosela después por imitación de unas a otras y así se constituyó la que debe denominarse crisis histérica de la Salpêtrière. He creído oportuno insistir en este punto especial de los paroxismos convulsivos, por la profunda enseñanza que encierra y porque representa el más claro ejemplo de la censurable tendencia de Charcot a la sistematización abusiva y a la formación de esquemas artificiales.

Otro concepto equivocado de la doctrina de la Salpêtrière, es el referente a los estigmas histéricos; con esta denominación, derivada de los *stigmata diaboli*, tan perfectamente conocidos por los antiguos exorcizadores, veníanse designando por los autores ciertos trastornos permanentes apreciables en los sujetos afectos de histerismo, y que constituían como el sello de esta afección, permitiendo su seguro diagnóstico en los períodos interparoxísticos. Charcot recogiendo y ampliando las ideas de sus predecesores, hizo un estudio especial de los estigmas, y aumentando su número acentuó también en importancia, sobre todo desde el punto de vista diagnóstico, convirtiéndolos en expresión genuína del histerismo en los intervalos de las crisis, y en cuanto a su patogenia los consideró como consecuencia inmediata y directa de la psico-neurosis misma; este ha sido uno de los aspectos más combatidos de la doctrina de Charcot, habiéndose llegado a negar por clínicos de tanta experiencia como Babinski, la realidad de los pretendidos estigmas como fenómenos propiamente histéricos, asegurando que son resultado de la sugestión provocada por la exploración del médico. Me parece evidentemente exagerada la opinión del maestro de la Salpêtrière sobre la frecuencia y el valor de los estigmas, pero no por ello

creo que se les deba estimar como en absoluto privados de significación diagnóstica, por las razones que oportunamente manifestaré.

He preferido exponer antes los errores que contiene la doctrina de Charcot, para poder luego ensalzar sin reservas sus grandes aciertos; el primero y el más fundamental de ellos, es su terminante afirmación de que el histerismo es una enfermedad mental, psicógena, opinión ya emitida con anterioridad, como puede verse en las páginas precedentes, por otros autores, pero que nadie como Charcot supo apoyar en un formidable haz de sólidas pruebas: en esta parte, su teoría ha tenido entusiastas continuadores, el más ilustre de los cuales es Pierre Janet, y aunque en la actualidad no exista acerca de este punto absoluta unanimidad de criterio, habiendo escritores que no reconocen el carácter fundamentalmente psíquico del histerismo, son muchos los que le aceptan, y más adelante exponeré las razones que me inducen a afiliarme a este modo de pensar.

Admitiendo Charcot el origen psíquico por excelencia del histerismo, natural era que hiciera un minucioso estudio del estado mental de los sujetos histéricos, y del proceso psicológico que conduce a la producción de los diversos síntomas, siendo indiscutiblemente esta parte de su obra la de más sólido mérito, y la más fecunda en útiles aplicaciones, tanto teóricas como prácticas; los rasgos distintivos de la mentalidad histérica, son ante todo, la sugestionabilidad extrema que se evidencia lo mismo respecto de las ideas propias que de las extrañas, dando lugar a los fenómenos de auto y de hetero sugestión; la emotividad exagerada con tendencia anormal a traducir en reacciones exaltadas los más ligeros movimientos del ánimo; la inestabilidad psíquica, que con apariencias paradójicas se combina con la cristalización persistente de ciertas representaciones mentales, las cuales bajo la forma de ideas fijas se convierten en origen de varios síntomas, como parálisis, contracturas, etc.; por último, característica mental muy importante de las histéricas, es el predominio de

lo subconsciente que por su desordenada irrupción en el campo de la conciencia, perturba la normal actividad de ésta. Todos estos llamados estigmas psíquicos fueron después sutilmente analizados por Pierre Janet en sus admirables estudios psicológicos sobre el histerismo.

Digna de todo elogio es la ingeniosa explicación que Charcot dió de la génesis de ciertos fenómenos histéricos, como las parálisis, por ejemplo, haciéndolos depender de un proceso psíquico en el que intervienen la impresión emotiva, la autosugestión, la fijación de una representación mental y la exteriorización de ésta convirtiéndose en acto; no cabe duda que en un inmenso número de casos esta es la exacta patogenia de muchos trastornos histéricos, y en la parte clínica de este libro se encuentra, entre otras, una observación de *paraplegia histérica*, en la que demuestro prácticamente que el padecimiento se engendró por el mecanismo que acabo de describir. La existencia de un período más o menos largo de latencia, de verdadera incubación, entre la actuación de la causa y la aparición de los trastornos, período durante el cual se verifica la preparación psíquica de éstos, por una especie de rumiación mental, así como los caracteres de los mismos, en perfecta armonía siempre con la idea que el enfermo puede formarse de ellos, prueban lo acertado de la opinión de Charcot en esta materia.

También son muy plausibles sus conceptos sobre la etiología del histerismo, en la que reconoce una predisposición fundamental, representada por la herencia neuropática, en su sentido más amplio, y diversas causas determinantes y ocasionales, o agentes provocadores, entre los cuales coloca al traumatismo, otorgando así carta de naturaleza al histerismo traumático, que tan empeñadas discusiones había de suscitar en esta época de siniestros y de accidentes del trabajo. Por la importancia etiológica que Charcot concede a la herencia neuropática, implícitamente asimila el histerismo a las enfermedades degenerativas, concepto de gran transcendencia, ampliamente desarrollado por otros autores, y entre ellos

por el ilustre Catedrático de Medicina legal de la Facultad de Madrid, Dr. Maestre, quien considera a aquella neurosis como uno de los cuatro grados de la escala de la degeneración.

Tal es, a grandes rasgos, la doctrina de Charcot sobre el histerismo, doctrina que durante un cuarto de siglo ejerció avasallador imperio, y que aun hoy, después de radicales rectificaciones, continua por muchos de los admirables conceptos que encierra marcando la orientación de las investigaciones acerca de dicha psiconeurosis, a la vez que el copioso y fidedigno material empírico en que se halla cimentada, sigue sirviendo de norma a los observadores contemporáneos, como se verá en los casos clínicos recopilados en la presente obra. Hasta por sus mismos errores ha sido fecunda la labor de Charcot, pues han revelado aspectos del histerismo hasta entonces poco o nada conocidos, han obligado a un estudio más hondo de esta multiforme afección y por las empeñadas polémicas que han suscitado, han venido en fin de cuentas, los mencionados extravíos y equivocaciones, a determinar un positivo adelanto en el conocimiento de los puntos discutidos.

De los muchos discípulos de Charcot, el que más fielmente se atuvo a las tradiciones del maestro, fue Gilles de la Tourette, prematuramente arrebatado a la ciencia por la muerte, pero no sin que antes publicara una voluminosa obra en tres tomos, la más extensa que conozco sobre la materia, titulada *Tratado clínico y terapéutico del histerismo* (2). Esta obra merece el dictado de Código de la doctrina de la Salpêtrière, pues en ella aparece compilada y metódicamente unificada la enseñanza de Charcot, con todos sus méritos y sus deslices, y aun con evidente exageración de la tendencia amplificadora del maestro, que antes he criticado. La obra de Gilles de la Tourette constituye un valiosísimo arsenal documentario, que compendia toda la formidable tarea de investigación y de interpretación llevada a cabo con inquebrantable tesón durante veinte años en el Hospital de la Salpêtrière,

representando la expresión más acabada de estepreciado florón de la neurología francesa, y resumiendo perfectamente el espíritu dominante en una época histórica, muy próxima a la nuestra, pero que la evolución de las ideas obliga a considerar ya como definitivamente pasada; esa obra es muy interesante también como fuente de todo género de informaciones sobre el histerismo, recomendándose por lo completa, y aun pudiéndose afirmar que peca de excesivamente completa, pues en ella figuran como histéricos multitud de fenómenos, que en realidad no lo son. Identificada esta obra en un todo con las opiniones de Charcot, la es aplicable la crítica expuesta en los párrafos anteriores y no necesito por lo tanto entrar en nuevas consideraciones.

Teorías contemporáneas y posteriores a Charcot.

Casi al mismo tiempo que aparecía íntegramente recopilada en el libro de Gilles de la Tourette la doctrina de Charcot, surgían entre sus mismos discípulos disidencias, que convirtiéndose en movimiento francamente reformista habían, al cabo de algunos años, de suscitar la famosa discusión en la *Sociedad de Neurología de París*, en la que se evidenció la ruina irreparable de la teoría hasta entonces imperante; pero interesa antes de referir estos recientes episodios de la historia doctrinal del histerismo, dar a conocer algunas hipótesis formuladas, tanto en Francia como fuera de ella, y en la época misma de Charcot o muy poco después, por algunos contemporáneos de éste que no aceptaron íntegramente su opinión.

Sollier (32) es autor de una teoría interesante, porque considera al histerismo desde un punto de vista distinto del entonces y aun ahora dominante, alzando frente a la tendencia patogénica exclusivamente psicológica, una concepción

que, por contraste, merece el calificativo de fisiológica. Sollier, talento de múltiples aptitudes, médico, psicólogo y artista, ha sabido expresar su opinión en seductores términos, que cautivan por lo galanos y que revelan el preclaro ingenio y la excepcional cultura de su autor, pero cuyo fundamento lógico no puede resistir a la severidad de la crítica científica. Es la teoría de Sollier sobre el histerismo una original perspectiva, una inspirada impresión personal, de la que nos da cuenta en sugestivas metáforas, pero que aún siendo como es muy laudable como arriesgada tentativa de interpretación sintética, no puede admitirse como fórmula definitiva de lo que es el histerismo. El fundamento de esta teoría estriba en la distinción de dos cerebros, uno psíquico y otro orgánico, el primero de los cuales sería el asiento de las facultades mentales, mientras que el segundo sería el punto de partida y de llegada, respectivamente, de todas las excitaciones motoras y de todas las impresiones sensitivas, tanto externas como internas, estando en él representadas mediante centros especiales, las partes todas del organismo. En cada uno de estos centros de la corteza cerebral podrían sobrevenir estados de suspensión funcional, verdaderos *sueños parciales*, que darían lugar a los diversos síntomas histéricos, como parálisis, anestias, etc. La perturbación fundamental consistiría, pues, en la inhibición, en la detención de la actividad fisiológica de los centros, que si fuera completa, se traduciría por la abolición de los actos a que dichos centros presiden, pero que si no pasara de ser incompleta determinaría la persistencia de una cierta fase de los procesos que en los mismos tienen lugar, siendo ésta a modo de congelación de las representaciones psíquicas, la génesis de las llamadas ideas fijas. Sollier opina que los histéricos se hallan de continuo sumidos en un estado de sueño patológico, al que por ser parcial, incompleto, y por de contado menos profundo que el natural, denomina *vigilambulismo*. Las anestias constituirían los ejemplos más típicos de estos sueños cerebrales parciales, pero por idéntico mecanismo podrían tam-

bién explicarse los demás síntomas histéricos. Sollier no considera al histerismo como una enfermedad, sino como un modo especial de reacción cerebral, y le define diciendo que es «un trastorno físico, funcional del cerebro, consistente en un entorpecimiento o sueño de los centros cerebrales, que se traduce según los centros afectados, por manifestaciones vasomotoras o tróficas, viscerales, sensoriales, sensitivas, motoras y, finalmente, psíquicas, y según su grado y duración, por crisis transitorias, estigmas permanentes o accidentes paroxísticos», definición muy hábilmente construída, y en la cual se destacan netamente los puntos capitales de la teoría de su autor.

El venerable profesor, ya jubilado, de la Facultad de Montpellier, Grasset (33), glorioso autor de obras imperecederas sobre Neurología, sobre Medicina general y sobre palpitantes cuestiones médico-sociales, ha aplicado al estudio y a la explicación del histerismo su conocida teoría de los dos psiquismos; el superior, consciente, libre y responsable, y el inferior, automático, al que esquemáticamente atribuye la forma de un polígono, constituido por el mutuo enlace de los centros receptores, sensitivos y de los emisores, motores. No siéndome posible entrar en mayores detalles acerca de esta hipótesis, muy atractiva, pero que peca de sobrado artificiosa, me limitaré a decir que su autor considera a los trastornos histéricos como dependientes de alteraciones del psiquismo inferior o poligonal, por interrupción de sus comunicaciones con el centro del psiquismo superior, por lo que vendrían a representar una como liberación del dinamismo nervioso automático e inconsciente; este concepto contiene mucho de verdad, pero en su escueta sencillez, no es en absoluto aplicable a todos los fenómenos histéricos. Un rasgo importante de la doctrina de Grasset, es que no tiene al histerismo por enfermedad exclusivamente psíquica, ni aun cerebral, sino que admite su extensión a todo el eje nervioso, siquiera asiente de preferencia en el cerebro, y más especialmente en su corteza.

Dallemagne (34) se opone también a las pretensiones exclusivistas de las teorías psicológicas puras, y reconociendo como base del histerismo, un desequilibrio o desorden emocional, le señala como asiento, no la corteza, sino los grandes ganglios centrales del cerebro.

Binet Sanglé (35), exagerando sin medida la orientación fisiológica que ha inspirado las teorías antes mencionadas, ha ideado una hipótesis que trata de explicar los fenómenos histéricos por alteraciones materiales de los elementos nerviosos, suponiendo un estado regresivo, atávico del amiboidismo de las neuronas; esta hipótesis es completamente gratuita, pues carece de toda prueba experimental.

Frente a estas teorías fisiológicas eleva sus proposiciones contrarias, la escuela psicológica, con modalidades diversas, y de la cual es hoy uno de los más preclaros jefes Janet, continuador en parte de la obra de Charcot, genial ampliador de los conceptos de éste sobre el origen psíquico del histerismo, y autor de varias admirables obras (36) que tienen extraordinario valor, no sólo como fuente de preciosa información para el conocimiento de dicha psiconeurosis, sino como archivo de importantes hechos del dominio de la psicología pura, y que, por lo tanto, interesa conocer, no sólo al médico especialista en enfermedades nerviosas, sino también a los psicólogos y filósofos. Janet define al histerismo como una enfermedad degenerativa, en la que los síntomas verdaderamente importantes son los psíquicos, y caracterizada por la desagregación mental con tendencia al desdoblamiento permanente y completo de la personalidad; sus rasgos distintivos capitales, o estigmas psíquicos, serían la disminución del poder de síntesis personal, el estrechamiento del campo de la conciencia y el desdoblamiento parcial o total, frustrado o completo (más frecuentemente lo primero que lo segundo) de la personalidad. Janet demuestra con ejemplos prácticos, sometidos a un análisis psicológico, que es un prodigio de sutileza y de perspicacia, que en todos los fenómenos histéricos puede descubrirse una génesis psíquica, siendo todos ellos

referibles, en último término, a los trastornos primordiales más arriba enumerados. Janet concede también gran importancia a la intervención de lo inconsciente y al automatismo psíquico, abundando esta parte de su doctrina en fértiles y originales apreciaciones. Por no referirse directamente al asunto del presente libro, no haré sino mencionar su transcendental concepción de la psicastenia, que por vía de exclusión ha contribuido a precisar los límites de la neurastenia y del histerismo. La obra de Janet contiene, indudablemente, algunos puntos débiles, así como ciertas exageraciones, inevitables en toda producción de la mente humana, pero es muy digna de loa, no sólo por lo acertado de la mayor parte de sus conclusiones, sino sobre todo por su maravillosa técnica de interpretación psicológica, y por los grandes adelantos que ha hecho realizar a la psicología normal y patológica.

En Alemania cuenta también la teoría psicogénica con muy numerosos y muy autorizados partidarios, debiendo citar a la cabeza de todos a Moebius (37), que ha dado del histerismo una definición tan clara, tan precisa y tan aproximada a la realidad, que yo, de aceptar alguna, sería ésta. Para Moebius es el histerismo una *enfermedad de representaciones*, en la cual existen ciertamente numerosos trastornos somáticos, pero éstos son siempre secundarios, subordinados a una perturbación psíquica fundamental. Según el autor alemán, son histéricas todas las alteraciones somáticas engendradas por representaciones mentales, fórmula que sería impecable sino fuera comprensiva en exceso, pues es evidente que no todas las alteraciones somáticas producidas por representaciones mentales pueden considerarse como histéricas, debiendo excluirse las manifestaciones orgánicas fisiológicas de los movimientos emotivos, así como ciertos síntomas físicos de varias psicopatías, como la psicastenia, los estados melancólicos e hipocondríacos, etc.; la precedente proposición de Moebius debiera, pues, modificarse en la forma siguiente para evitar errores de interpretación: todas las alteraciones somá-

ticas histéricas dependen de representaciones mentales, pero no todas las alteraciones somáticas dependientes de representaciones mentales son histéricas. Para concretar mejor Moebius el sentido de su definición y salvar el defecto de generalidad de que adolece, atribuyó a los síntomas histéricos los siguientes caracteres: traducción inusitadamente fácil de las representaciones mentales en hechos somáticos anormales e intensidad y duración extraordinarias de dichas reacciones orgánicas. Estos conceptos de Moebius constituyen una excelente versión, en términos científicos, psicofisiológicos, del mecanismo productor inmediato de los fenómenos histéricos, y merecen conservarse por exactos, así como el espíritu de su definición, que no es otro que la subordinación de todo el cuadro sintomático del histerismo a una perturbación fundamental del funcionamiento psíquico.

Muchos son, como ya he dicho, los autores alemanes que con variantes diversas en los detalles interpretativos, han coincidido con Moebius en afirmar el origen psíquico del histerismo; en la imposibilidad de exponer y de criticar detalladamente las opiniones de todos, me limitaré a consignar que para Jolly (37 bis) el histerismo es debido a un agotamiento psíquico con disminución de la energía volitiva (definición que es más aplicable a la neurastenia); para Ziehen (38) lo característico del sujeto histérico es la anómala aptitud de evocación de las representaciones mentales; para Kraepelin (39), el histerismo forma parte del grupo de las neurosis psicógenas, en las que existe siempre un estado de predisposición o diatésico, siendo característico de aquella neurosis, la facilidad con que se derivan de los fenómenos psíquicos diversas perturbaciones orgánicas; Strümpell (40) concede, como Moebius, el primer lugar en la patogenia a las representaciones mentales; Gaupp (41) rechaza el concepto de enfermedad aplicado al histerismo, y acepta sólo el de modalidad anormal de reacción, compartiendo en esto una opinión común a numerosos autores modernos; Bonhöffer desarrolla un concepto muy interesante, el del *Wille zur*

Krankheit, que significa voluntad o deseo, apetencia de enfermar y que ofrece analogías con la patomimia de Duprè, de que más adelante me ocuparé, así como con el *defecto de conciencia de la salud*, noción emitida por Kohnstam.

En Italia, Tanzi (42) considera al histerismo como una anomalía del equilibrio nervioso, debida a otra anomalía del equilibrio bioquímico sin lesiones materiales, y le define como una aptitud constitucional, casi siempre hereditaria, de los centros nerviosos, a reaccionar paradójicamente por estímulos que en estado normal pasan casi siempre inadvertidos. Bianchi (43) estima como fundamento de los trastornos histericos, la fácil disgregabilidad de la personalidad psíquica, acompañada de rasgos mentales que recuerdan los propios del niño, y que crean un estado de puerilismo psíquico; entre estos rasgos figuran la sugestividad y la imitatividad.

Levi-Bianchini (8) es autor de una definición en la que es objetable, en cuanto a la forma, el abuso de neologismos y términos de nuevo cuño que la hacen pretenciosamente altisonante, y en el fondo, la ampliación excesiva del contenido del histerismo y el no reconocimiento de su carácter esencialmente psíquico; para este autor italiano, el histerismo es una diátesis psiconeurósica constitucional caracterizada por una alteración biosquisaria del dinamismo neuroaxial, lo que, traducido a un lenguaje más claro y más corriente, quiere decir que dicha psiconeurosis reconoce como causa una predisposición psíquica y nerviosa constituída por una disociación del funcionamiento de los centros nerviosos. Tres son las características de esta definición: primera, la de que el histerismo supone una predisposición o estado diatésico; segunda, el reconocimiento de la disociación funcional como el más importante mecanismo patogénico, noción ya claramente expresada por Janet al describir la disminución del poder de síntesis personal en los histéricos, y explícita o implícitamente consignada en sus definiciones por otros muchos autores; tercera, la negación del concepto del histerismo afección de origen siempre psíquico, considerándole como dolencia en-

gendrada en todo el sistema nervioso. Las dos primeras características me parecen admisibles, pero no así la tercera, a la que más adelante haré objeto de una discusión detenida.

En Suiza, el famoso psicoterapeuta Dubois (43), profesor de la Universidad de Berna, consecuente con su doctrina sobre la patogenia de las psiconeurosis en general, considera al histerismo como un conjunto de alteraciones psicógenas, que más bien que una verdadera entidad morbosa, representan una especial aptitud reactiva de los sujetos predispuestos; lo característico del histerismo estribaría, no en la naturaleza de las reacciones, que son análogas a las del estado normal, sino en su persistencia, en su prolongada fijación; además, en los histéricos se advierte un marcado predominio de lo que Dubois llama sensorialidad, consistente en la exuberancia e intensidad de las sensaciones, sobre todo de las internas, derivadas de las emociones que hacen irrupción en el campo de la conciencia y perturban el normal ejercicio de la actividad psíquica.

Claparède (44) ha ideado una hipótesis de altos vuelos, basada en trascendentes principios biológicos generales, y digna de conocerse no sólo por su originalidad, sino porque significa una tentativa de aproximación del histerismo a otros fenómenos fisiológicos y patológicos y de subordinación de aquél a las leyes universales de la vida. Según Claparède, el histerismo representaría un complejo conjunto de reacciones de defensa, que por un proceso regresivo pondrían en juego mecanismos atávicos, inactivos ya en el hombre normal, y que no serían más que derivaciones de los actos primordiales instintivos de protección, y por eso la mentalidad de los histéricos ofrece analogías con la de los niños y demás sujetos que más parecido conservan con el tipo primitivo de la mente humana; esta disposición, congénita o adquirida a la reaparición y a la exageración de las reacciones instintivas de defensa, sería el trastorno histérico primitivo, y esas mismas reacciones que pueden ser positivas y negativas o inhibitorias, constituirían, según su gradual complicación, las

perturbaciones secundarias, terciarias, etc. Lo interesante de la doctrina de Claparède consiste en esa interpretación biológica, que asimila los síntomas histéricos a reacciones defensivas ancestrales, anormalmente resurgidas; en esta teoría se halla implícitamente reconocido el carácter fundamentalmente psíquico del histerismo.

Freud, Bernheim y Babinski.

En el intenso movimiento actual de reforma y renovación de las doctrinas referentes al histerismo, las dos más poderosas corrientes son las determinadas por los estudios de Babinski y de Freud; de la opinión de éste me ocuparé con todo detalle en el capítulo especial que he de dedicar al psicoanálisis, por lo que aquí me concretaré a señalar los principales rasgos que la caracterizan.

La doctrina de Freud (45), que hoy tan acaloradas polémicas suscita entre sus fanáticos partidarios y sus implacables enemigos, tiene sus antecedentes en los trabajos y en las ideas de Breuer, que inspiraron a aquél la serie de investigaciones que desde hace veinte años viene persiguiendo con infatigable tenacidad, en colaboración con éste, aisladamente e inspirando las publicaciones de sus numerosos prosélitos. Es esta una teoría totalmente psicológica, pues el argumento todo del drama constituido por el histerismo se desenvuelve en la psiquis, y mentales son las causas que le provocan así como los mecanismos primordiales que son puesto en juego. La causa del histerismo es la conmoción o trauma psíquico, cuyo recuerdo (no consciente) obra como un cuerpo extraño en la mente, y por su gran valor emocional y por su persistencia se convierte en agente perturbador; normalmente los traumas psíquicos se neutralizan, haciéndose inofensivos por las reacciones, a modo de descargas emociona-

les a que dan lugar y también por su incorporación a otras asociaciones de ideas, con las que se funden. Es de advertir que estos recuerdos, reminiscencias o símbolos mnésicos, según la terminología freudiana, cuyo predominio en la vida psíquica engendraría el histerismo y otros estados psiconeuróticos, permanecen en lo inconsciente, y por eso son ignorados por el enfermo, pero pueden ser evocados por la hipnosis o descubiertos por otros procedimientos que describiré en el capítulo del Psico-análisis. Así como en estado normal, según acabo de indicar, los traumas psíquicos se resuelven en las descargas emotivas, o se engloban en asociaciones de ideas que los neutralizan, en el histerismo no tiene lugar la crisis resolutive ni tampoco la neutralización asociativa, sino que persiste la remembranza inconsciente con su carga emocional, y se convierte en reacciones patológicas, que son los síntomas histéricos.

Lo más característico de la doctrina de Freud, y el punto precisamente que más se presta a los ataques de la crítica, y que le ha atraído las más acerbas censuras, es su afirmación de que todos los traumas histerógenos son de orden sexual, consistiendo en violentas impresiones de esta índole, ocurridas en un período remoto de la infancia del sujeto; esta cuestión fundamental y evidentemente con arbitrariedad exagerada de la patogenia y de la terapéutica del histerismo, según Freud, será ampliamente discutida en otro capítulo, en el cual hállase también la explicación de algunos conceptos que por la forma extremadamente concisa en que los he expuesto pudieran parecer confusos.

Cualesquiera que sean las críticas, a veces duras y no siempre justas, que se hayan dirigido a la doctrina de Babinski sobre el histerismo, y admitiendo que responde mucho mejor a las necesidades de la práctica que a las exigencias de la teoría, pues es innegable que presenta defectos desde el punto de vista lógico, debe reconocerse que a la decidida actitud reformadora y a la opinión valientemente sostenida del insigne neurólogo del Hospital de la Pitié, se debe el fecun-

do movimiento revisionista, que rompiendo con falsos prejuicios y desvaneciendo imaginarias leyendas, ha hecho volver el concepto del histerismo a los carriles de la realidad, corrigiendo las anteriores exageraciones teóricas. Merece, pues, esta doctrina, detenido examen por su resonancia en el campo de la Neurología, por representar la más franca y abierta protesta contra los conceptos que se habían hecho clásicos y por marcar uno de los más claramente orientados rumbos en las investigaciones modernas acerca del histerismo; pero antes de analizarla en detalle, es necesario que exponga, como su antecedente inmediato, otra teoría muy importante que de intento he dejado sin tocar hasta aquí, por estimar que es este el lugar que más oportunamente le corresponde, por sus conexiones con la enseñanza de Babinski. Me refiero a la doctrina del afamado neurólogo y profesor de la Facultad de Nancy, Bernheim, que con incansable celo ha venido desde hace muchos años, desde los tiempos de Charcot, estudiando el histerismo con absoluta independencia de criterio y proclamando una concepción de aquél muy personal y al mismo tiempo respetuosa para los fueros de la realidad. Bernheim, que ha conquistado para su nombre celebridad mundial por sus trabajos sobre las psiconeurosis, sobre el hipnotismo y la sugestión, es el fundador de la escuela de Nancy, menos brillante que la de la Salpêtrière, pero que supo contender con ésta sin rendirse ni abdicar de sus propios principios.

En la época en que Charcot, con el avasallador prestigio de su genio en pleno apogeo, imponía su opinión a la inmensa mayoría de los neurólogos, Bernheim declaró que no eran totalmente aceptables las ideas de aquél, tanto en lo referente al histerismo como al hipnotismo, y que era el de la Salpêtrière un histerismo artificial, cultivado, sobre todo en lo que respectaba a las crisis convulsivas con sus cuatro famosos períodos. El tiempo ha transcurrido y el juicio de la posteridad se ha mostrado, en suma, más favorable a la opinión de Bernheim que a la de Charcot, pues mientras que la obra de éste

se ha derrumbado en parte, la de aquél subsiste en pie y se ha continuado en el fértil movimiento reformador de Babinski.

La doctrina de Bernheim figura extensamente desenvuelta en las numerosas obras que sin interrupción viene publicando desde hace treinta años (47); algunas modificaciones se advierten en los conceptos consignados en estas publicaciones, natural resultado de la evolución del pensamiento de su autor, y de las obligadas rectificaciones de criterio que la experiencia le ha ido imponiendo, pero tal como aparece expresada en sus más recientes trabajos, puede concretarse en las siguientes proposiciones; ante todo, la afirmación capital de que el histerismo se reduce exclusivamente a las crisis o paroxismos provocados por causas emotivas; todos los pretendidos síntomas del histerismo que no sean las crisis no le pertenecen en realidad; en este principalísimo punto la doctrina de Bernheim representa la tendencia diametralmente opuesta a la exageradamente expansiva de Charcot, llevando el profesor de Nancy su propósito limitador más lejos que el mismo Babinski, y cercenando el contenido del histerismo hasta un minimum no alcanzado por ningún otro autor moderno; este modo de apreciar los síntomas histéricos facilita considerablemente su diagnóstico y hasta simplifica muchas cuestiones teóricas sobre concepto general y patogenia del histerismo, pero en cambio obliga a la creación de nuevos tipos de psiconeurosis, de diferenciación difícil y, en último término, viene a complicar la taxonomía de dichas afecciones; considerados como únicos síntomas genuinamente histéricos las crisis, los demás son para Bernheim manifestaciones de diversas psiconeurosis viscerales, que se asocian al histerismo propiamente dicho o aparecen en sujetos histerizables, o bien son, como los llamados estigmas, pura y simplemente resultado de la sugestión por el médico. El histerismo no es una enfermedad, sino una manera especial de reaccionar a las causas emocionales con los síntomas de la crisis; para que ésta se produzca se necesita pues, de una parte, la emoción, causa ocasional y de otra la predisposición individual; ¿en qué con-

siste esta predisposición individual? Bernheim no la define, pues se limita a decir que es la aptitud a reaccionar de un modo especial y exagerado por las emociones y que están predispuestos los sujetos que poseen un aparato histerógeno o que son histerizables, manera de explicarse que constituye una inadmisible tautología, y que no explica nada porque hace entrar al definido en la definición. Pero aparte estos defectos de expresión, que no prueban más que las inmensas dificultades con que tropieza toda tentativa de definición del histerismo, en la doctrina de Bernheim se marcan orientaciones muy acertadas, como la de la limitación del contenido de aquél, quizá algo exagerada, y la negación de la génesis espontánea de los estigmas y otras de exactitud más discutible, pero que han sido aceptadas por una gran parte de los neurólogos contemporáneos, como la influencia preponderante de las emociones en la provocación de las crisis y la refutación del concepto de enfermedad atribuido al histerismo, estimando a éste como una predisposición o modalidad reactiva.

También es muy afortunada la asimilación de los fenómenos constitutivos de las crisis histéricas a las manifestaciones fisiológicas de las emociones, de las que constituirían una exageración patológica, siendo asimismo muy oportuna la indicación de la frecuente asociación del histerismo con otras afecciones nerviosas funcionales. Por último, aunque Bernheim reconoce el papel preponderante de la hetero y de la autosugestión en la patogenia de los trastornos histéricos, no cree que todos los fenómenos debidos a la sugestión deban ser incluídos en el histerismo, pues muchos de ellos son fisiológicos o pertenecen a otros estados patológicos.

Voy a entrar ahora en el examen de las ideas de Babinski sobre el histerismo, ideas que representan la cristalización de la protesta latente contra las exageraciones y errores de la escuela de la Salpêtrière, y que han dado forma al movimiento revisionista que aún, en la hora presente, continúa evolucionando. Babinski no ha tenido la pretensión de crear

una nueva teoría del histerismo, que sustituyera a las antiguas y que tratara, mediante hipotéticos conceptos, de explicar el origen y la naturaleza de aquél, sino que colocado frente a la realidad y convencido de la contradicción existente entre ésta y las descripciones e interpretaciones didácticas que la adulteraban al intentar reflejarla, volvió denodadamente por los fueros de la verdad, y rompiendo con los prejuicios de escuela se propuso demostrar la falsedad de muchas afirmaciones dogmáticas y expresar, en los términos más breves posibles, lo que a él le parecía que era el histerismo en la práctica. Es preciso insistir mucho en este punto, porque sólo podrá apreciar exactamente el alcance de la opinión de Babinski, quien esté bien penetrado de sus propósitos, que no han sido otros que los de limpiar el campo del histerismo real de las concepciones artificiosas y ficticias que en él pululaban, y sin aspirar a construir un monumento teórico, en el que hallaran imaginarias soluciones todos los abstrusos problemas de esencia, de naturaleza y de patogenia, el neurólogo de la Pitié ha querido realizar una labor más modesta, pero mucho más útil, la de facilitar el conocimiento del histerismo en la realidad, señalando los caracteres que permiten seguramente distinguirlo de otros procesos análogos. En este punto ha sido Babinski consecuente con su historia, con su condición jamás desmentida de observador fiel de la Naturaleza, siempre consagrado a la clínica, a la que coloca ante todo y sobre todo, aplicando toda su actividad y todo su excepcional talento a la investigación de esos detalles que podrán parecer minucias a los soñadores, a los insaciables inventores de hipótesis; pero que representan el único sólido y verdadero progreso científico.

Babinski no es un especialista en histerismo, ni siquiera en psiconeurosis; durante muchos años se dedicó de preferencia al estudio de las enfermedades nerviosas orgánicas, en el que ha inmortalizado su apellido por descubrimientos tan admirables como el del signo que lleva su nombre, el de varios síntomas de las lesiones cerebelosas, etc., y parece que

el contraste entre las manifestaciones clínicas del histerismo y los conceptos doctrinales, hiriendo sus ojos de observador sagaz y ofendiendo su conciencia de investigador sincero, le impulsaron, probablemente sin propósito deliberado, a lanzarse a la palestra, acaudillando el movimiento de protesta contra las exageraciones y extravíos de la doctrina que pasaba entonces por clásica.

En la obra de Babinski (48) hay que distinguir dos partes: una de ellas, la mayor y más valiosa, de pura observación clínica, de investigación de los signos que permiten diagnosticar el histerismo, y la otra mucho más escasa y de valor más discutible, representada por las siempre discretas tentativas de interpretación y de sistematización, con las que ha tratado de combinar en un conjunto coherente los hechos por él descubiertos; aún en esta segunda parte se muestra Babinski muy sobrio de abstracciones, y hasta sus conceptos más generales tienen un marcadísimo carácter pragmático y utilitario, que revela que han sido formulados con la intención de que sean inmediatamente aplicables a la práctica. Pero en la parte en primer lugar mencionada, en la propiamente de observación y de inquisición especiales, es donde Babinski, clínico siempre, y ante todo preocupado de los problemas reales del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento, ha realizado una labor fructífera, donando a la ciencia un conjunto de preciosos datos que permiten con seguridad distinguir lo que es histérico de lo que no lo es, y no tengo para qué enumerar aquí uno por uno esos datos, porque todos ellos están consignados en los capítulos de la sección clínica de este libro, especialmente en el dedicado a la diferenciación de las hemiplegias orgánicas e histéricas, demostrándose allí prácticamente su extraordinaria importancia diagnóstica.

La parte teórica de la doctrina de Babinski es más endeble que la práctica, pero aunque desapareciera totalmente y no es de esperar que la quepa tal suerte, a la que no es acreedora, no por ello palidecería la gloria de su autor, definitiva-

mente asegurada por sus admirables descubrimientos clínicos. En primer lugar, debe reconocerse lo acertado y oportuno de su propósito al pretender rectificar los errores de la doctrina de Charcot, y como este propósito se ha logrado, pues lo cierto es que ya no se tiene hoy del histerismo el concepto que de él se habían formado el fundador de la escuela de la Salpêtrière y sus prosélitos, debemos también confesar que el movimiento reformista, del que es Babinski el principal caudillo, ha sido no sólo conveniente y justificado, sino también eficaz. Además, expuestas las ideas de Babinski en términos muy radicales e iconoclastas, de ruda oposición a los que entonces se tenían por dogmas venerables, apasionaron los ánimos, encontraron enconados enemigos, como también entusiastas defensores, y suscitaron ardientes discusiones, para sostener las cuales hubieron unos y otros de buscar argumentos en la observación atentísima de la realidad y en el estudio profundo de cuantos autores se habían ocupado del histerismo, determinando así en el conocimiento de éste un extraordinario progreso, tanto en el orden teórico como en el práctico.

Estos son razonamientos favorables a la doctrina de Babinski, deducidos de sus ventajosos resultados, de las beneficiosas consecuencias que ha reportado en esta tan obscura región de la Neuropatología, pero posee también indiscutibles méritos intrínsecos, derivados de los sólidos fundamentos en que se apoya y de la laudable tendencia que la inspira. Para todo espíritu lógico y partidario convencido del método experimental o empírico-racional, el principal de esos méritos ha de consistir en que Babinski, en el desarrollo de su pensamiento, prescinde por completo de apriorismos, y lejos de tomar como punto de partida conceptos generales teóricos e ideas preconcebidas, arranca de la realidad misma, de la observación directa de los hechos, y una vez recogidos y comprobados éstos en número suficiente, los enlaza entre sí, y huyendo de abstracciones, sólo establece ciertas discretísimas inducciones que le sirven para formular algunas re-

glas prácticas. Por eso la enseñanza de Babinski no debe llamarse teoría ni hipótesis, pues en ella el elemento interpretativo se halla reducido a un *mínimum*, y hasta cuando trata de construir una definición se aparta de los cánones clásicos vigentes para esta operación lógica, y se limita a enunciar los caracteres que le parecen más comprensivos y a la vez más útiles para la diferenciación clínica.

La definición del *histerismo* dada por Babinski en 1901, al comienzo de su campaña reformista, es como sigue: «El *histerismo* es un estado psíquico que hace capaz de autosugestionarse al sujeto que lo padece; se manifiesta principalmente por perturbaciones primitivas, y accesoriamente por perturbaciones secundarias; lo que caracteriza a las primitivas es que pueden ser reproducidas por sugestión con rigurosa exactitud en ciertos sujetos y que pueden desaparecer por la exclusiva influencia de la persuasión; lo que caracteriza a los trastornos secundarios es que se hallan estrictamente subordinados a los primitivos».

Ciertamente que no puede presentarse esta definición como un modelo de precisión lógica, y se comprende que haya sido objeto de duras críticas; yo mismo, admirador de Babinski y partidario, no incondicional, pero sí reflexivo e imparcial de muchas de sus ideas, no creo aceptable esa definición por los graves defectos de que adolece; su autor pretendió sin duda, al concebirla, crear una fórmula compendiosa que permitiera seguramente distinguir los fenómenos histéricos de todos aquéllos con que pudiera confundirse y para ello apeló al criterio diferencial único del origen sugestivo y de la curación persuasiva. Desde el punto de vista del rigor lógico se ha hecho a esta definición la objeción muy fundada de que no es aceptable como carácter distintivo de un fenómeno, el hecho de que pueda ser reproducido por un determinado mecanismo, pues este procedimiento de repetición o copia puede ser común a fenómenos substancialmente distintos; pero aun prescindiendo de las exigencias de la preceptiva lógica, la definición de Babinski no cumple, desde el punto de vista

práctico, la misión para que fue ideada, y no la cumple por ser en exceso comprensiva, porque hay fenómenos que se pueden reproducir por sugestión y curar por persuasión, y que, sin embargo, no son histéricos: esta identificación de la génesis sugestiva con los trastornos histéricos, estimando a aquélla como noción suficientemente definidora de éstas, es excusable por la gran importancia que la misma tiene en la producción de dichos trastornos, pero no es legítima, porque según han hecho notar varios autores, y con singular claridad Bernheim, el concepto de sugestión es más vasto que el de histerismo, rebasando los límites de éste, por lo que todos los síntomas histéricos podrán ser sugestivos, pero no todos los engendrados por la sugestión son histéricos, y otro tanto puede afirmarse de la eficacia de la terapéutica persuasiva, que no se limita a la mentada psiconeurosis, sino que también es extensiva a otras perturbaciones psíquicas.

Babinski ha reproducido su definición en diversas ocasiones, alguna de fecha reciente, y aunque ha introducido en ella ciertas ligeras variantes de redacción, estos cambios son puramente nominales, persistiendo íntegros los conceptos fundamentales, que son la división de los síntomas histéricos en primitivos y secundarios, la reproducción por sugestión y curación por persuasión de los primeros, y la estrecha subordinación a éstos de los segundos, acerca de los cuales se muestra, por cierto, Babinski poco explícito, no citando, en concreto, más que algún ejemplo como el de la amiotrofia.

La doctrina de Babinski, de la cual no representa más que una mínima parte la definición que acabo de analizar, debe calificarse de original, en el sentido de que ha sido directamente inspirada a su autor por la observación de los hechos; pero también deben reconocerse innegables concomitancias entre ella y otras teorías, especialmente la de Bernheim, con la que aquélla ofrece más de un punto de contacto, a la vez que importantes diferencias, siendo éstas últimas de tal transcendencia, que bastan para imposibilitar toda tentativa de asimilación completa entre el parecer del neuró-

logo de la Pitié y el del Profesor de Nancy; entre ambos existen coincidencias en algunos puntos y especialmente en el muy fundamental de la tendencia a limitar el contenido del histerismo, pero ostentan al mismo tiempo marcadísimas divergencias en sus bases, en sus demostraciones y en sus conclusiones principales, por lo que la opinión de Babinski debe, en justicia, considerarse como de originalidad perfectamente auténtica.

Como complemento de su definición propuso Babinski la sustitución del vocablo *pitiatismo* al de histerismo, por suponer a éste falseado por el empleo abusivo que de él se había hecho; estas cuestiones de nomenclatura, aunque parezcan secundarias, tienen realmente considerable importancia en todas las ciencias, debiendo aceptarse las reformas en la misma siempre que sean necesarias, pero nada más que cuando lo sean; en el caso presente, la tradicional denominación de histerismo es de uso tantas veces secular, viene desde tan remota fecha empleándose para expresar trastornos cuya interpretación, cuya concepción teórica, ha experimentado repetidas veces radicales modificaciones, no obstante lo cual, la denominación con que se designan ha persistido, que por profunda y fundamental que sea la reforma llevada a cabo por Babinski, no parece indispensablemente preciso que vaya acompañada de un cambio de nombre; conservemos, pues, el de histerismo, tan clásico, tan arraigado, no sólo en la tecnología médica, sino también en el lenguaje psicológico, en el literario y en el vulgar, y apliquémosle con la recta y estricta limitación que proclaman Babinski y otros autores modernos, con lo cual la transformación será verdaderamente fecunda, pues se hará más en las ideas que en las palabras. Ahora bien, no por eso debe rechazarse el nuevo término *pititiatismo*, al que considero como una feliz y oportuna adquisición del glosario médico, que debe conservarse como sinónimo eufémico, como expresión discreta y velada, cuando queramos entendernos entre profesionales, sin que nuestros juicios transciendan a los profanos.

Más que por la rígida aplicación de su regla definidora del histerismo, ha logrado Babinski realizar cumplidamente la limitación del contenido de éste, podando severamente aquel frondoso árbol que se cultivó en la escuela de la Salpetrière, por la demostración práctica de que muchos de los trastornos que se tenían por histéricos, reconocían un origen distinto, siendo resultado, o de la simulación o de la asociación con otros procesos morbosos; así ha podido Babinski, muy acertadamente, negar la realidad de muchas de las perturbaciones vasomotoras y viscerales, y también la de las tróficas, la de la pretendida fiebre histérica, etc., habiendo sido su actitud excéptica justificada por las observaciones de numerosos investigadores contemporáneos. Cualquiera que sea la opinión teórica que acerca de este punto se tenga, lo cierto es que desde que Babinski ha dado la voz de alerta y las observaciones clínicas se han recogido con un rigor antes inusitado, apenas si se publican casos de gangrena, anuria, fiebre o hemorragias histéricas, y los pocos que aun se dan a conocer, lo mismo que los muy numerosos antiguos, revelan en sus autores tal candidez, tal descuido en la adopción de las precauciones necesarias para evitar que su buena fe sea sorprendida, que les restan todo valor como testimonios de prueba. Aquí si que ostenta toda su utilidad la definición de Babinski como medio de distinción clínica entre lo que es histérico y lo que no lo es, pues siempre que en un sujeto calificado de tal, observemos un fenómeno que no pueda ser reproducido por sugestión ni curado por persuasión, debemos desconfiar sospechando que se trata, o de una simulación o de una asociación histero-orgánica o histero-funcional (con alguna neuropatía trófica o vasomotora, por ejemplo). En esta labor de diagnóstico es donde tiene legítima aplicación la definición dicha, libre, cuando así se emplea, de las objeciones que se la han dirigido cuando se trata con ella de dar a conocer lo que es *in genere* el histerismo. En este valor diagnóstico especial coincide la definición de Babinski con la aplicación que con el mismo objeto puede hacerse de la de Moe-

bius, en otro lugar de este capítulo expuesta, y según la cual, sería el histerismo una enfermedad de representaciones mentales, de donde se deduce que serán síntomas histéricos todos aquéllos que se expliquen por la actuación directa de alguna representación mental que el enfermo pueda concebir; la concordancia de los resultados prácticos de ambas definiciones en el terreno clínico, prueban la conformidad de su contenido con la realidad, cualesquiera que sean sus defectos en el orden teórico.

Otro rasgo muy saliente e importante de la doctrina de Babinski, es su negación de los estigmas histéricos, en tanto que producto espontáneo de la psiconeurosis, considerándolos siempre debidos a la sugestión inconsciente por el médico. De la misma opinión es, como ya se ha visto, Bernheim, mas Babinski no se ha limitado a repetir ese concepto, sino que le ha reforzado con numerosos datos de observación, convirtiéndole en verdad inconcusa. Pero aunque el hecho en sí sea cierto, aunque parezca demostrado que los llamados estigmas histéricos son siempre obra de la sugestión involuntaria por el médico, que explora al paciente con la idea preconcebida de que ha de encontrar en él determinados trastornos, no me parece legítimo que por ello se les niegue todo valor diagnóstico, pues lo que les da éste, no es su mecanismo de producción, sino simplemente el que se presentan en unos sujetos, en los que son histéricos, y en otros no, en los que no lo son; poco importa que el sujeto carezca de ellos cuando por primera vez se presenta a ser reconocido por un médico y que sea éste el que por su modo de explorar los engendre, pues desde el momento en que esos trastornos, como la anestesia, por ejemplo, se provocan con gran facilidad en algunos individuos que son muy sugestionables, mientras que en otros, por mucho que nos esforcemos para convencerlos de que tienen anestesia, no lo conseguimos, el valor de ese síntoma como carácter diferencial subsiste, y lo mismo pudiera decirse de las zonas hiperalgésicas, del estrechamiento del campo visual, etc. Por eso yo continúo buscando los es-

tigmas histéricos, convencido de su importancia diagnóstica, aunque sean resultado de la sugestión por el examen médico.

En suma, el tesoro de datos experimentales y de conceptos críticos contenidos en la doctrina de Babinski ha aumentado de manera extraordinaria nuestros conocimientos acerca del histerismo y representa un gigantesco avance en el estudio verdaderamente práctico y útil de esta psiconeurosis; como rectificación de errados rumbos hipotéticos y como regeneradora imposición del retorno a la observación fiel y a la interpretación recta y sincera de los hechos naturales, esa doctrina tiene una transcendencia tal, que sólo puede parangonarse con la genial inspiración de Lepois, hace tres siglos, al sustituir a la vieja patogenia uterina la nerviosa; en el terreno clínico, la reforma acometida por Babinski se ha cumplido plenamente, pues no sólo se ha asentado el diagnóstico del histerismo sobre las nuevas y sólidas bases por él propuestas, sino que se han excluido del mismo muchos procesos que antes equivocadamente se creía que le pertenecían; estas importantes modificaciones acaecidas en el orden práctico, han necesariamente repercutido en la teoría, y hoy ya no nos formamos del histerismo el concepto que hace veinte años; este cambio que representa un verdadero progreso, no se debe exclusivamente a Babinski, pero a él corresponde la máxima parte en su consecución, bastando ello para inmortalizar en esta región de la Neurología su nombre, ya en otras nimbado de gloria por sus admirables descubrimientos.

Discusiones recientes en las Sociedades y Congresos científicos.

Las encontradas opiniones emitidas en estos últimos tiempos acerca del histerismo y de su génesis, no se limitaron a utilizar el libro y el periódico como vehículo de expansión, sino que a impulsos del espíritu polemista de nuestra época,

fueron llevadas a las asambleas médicas, tan numerosas hoy, en las que suscitaron largas y empeñadas discusiones; de éstas no se han obtenido resultados concluyentes, y era lógico que no se obtuvieran por la índole misma del asunto tratado. Los problemas científicos no se resuelven nunca por las deliberaciones de las academias y demás corporaciones, por sabias que éstas sean, y por luminosos que sus debates resulten, pues ni es posible armonizar todos los pareceres opuestos, ni jamás se logra que los defensores de una solución dada abjuren su creencia para adoptar la contraria y, por otra parte, sería absurda la pretensión de decidir por mayoría de votos la exactitud de una hipótesis. Por estas razones, las polémicas sobre el histerismo no han conducido jamás a una solución concreta, aceptada por todos los contendientes; pero no por eso se deben considerar como completamente estériles, pues si bien no han conseguido aquél fin, evidentemente inasequible, sí han permitido contrastar unas opiniones con otras, poner de relieve, por comparación, el valor de los respectivos argumentos, corregir exageraciones y exclusivismos personales, multiplicar los puntos de vista del asunto discutido, examinándole simultáneamente bajo todos sus aspectos y realizar, en último término, una selección entre los pareceres en pugna, pues los más inverosímiles sucumben bajo el peso de las objeciones contra ellos formuladas, mientras que los que se acercan a la verdad, siquiera ninguno se confunda en absoluto con ella, se robustecen al salir victoriosos de la prueba a que han sido sometidos. Así se observa que, como resultado de las últimas discusiones sobre el histerismo, y lo mismo puede decirse de toda suerte de debates científicos, aunque no se haya llegado a resolver de plano el problema propuesto, lo que era manifiestamente imposible, si se ha conseguido precisar los términos del mismo, plantearle en forma más concreta, desechar definitivamente algunos conceptos erróneos, y aclarar las analogías y diferencias entre las diversas teorías rivales.

Apreciada con sujeción a este criterio, la lectura de las de-

liberaciones recientemente habidas en diversas asambleas es en extremo instructiva, desde luego mucho más que la de las publicaciones aisladas de cada uno de los autores que en ellas tomaron parte, porque se puede justipreciar el valor de los hechos y de los argumentos puestos frente a frente y, por lo tanto, el conocimiento de dichas deliberaciones es indispensable para todo el que pretenda darse a fondo cuenta del estado actual de las cuestiones relacionadas con la naturaleza y la patogenia del histerismo.

Las discusiones habidas en estos últimos años acerca de esta materia han sido y continúan siendo numerosísimas, no habiendo apenas sociedad médica del mundo civilizado, donde no se haya planteado una o varias veces este asunto; pero las más importantes, las que por su resonancia no se puede dejar de citar, son las ya mencionadas al comienzo de este capítulo, a saber, la del *Congreso internacional de Psiquiatria y Neurología* (10) de Amsterdam en 1907, la del *Congreso de los alienistas y neurólogos franceses* (9) en Ginebra y Lausana, también en 1907, la de la *Sociedad belga de Neurología* (12) en 1909 y 1910, y la más amplia e interesante de todas, la de la *Sociedad de Neurología*, de París (11), en 1908. Me es imposible, por falta de espacio, dar cuenta, ni en extracto siquiera, del desarrollo de estos debates, que pueden encontrarse ampliamente consignados en las publicaciones citadas en la bibliografía, por lo que me limitaré a mencionar algunas particularidades culminantes de los mismos, dando la preferencia a las referentes a opiniones que aún no he tenido ocasión de examinar.

En la discusión de la *Sociedad de Neurología*, de París, que ocupó dos largas sesiones, la del 9 de Abril y la de 14 de Mayo de 1908, y que sin terminar, quedó aplazada indefinidamente, se marcaron dos campos principales, el de los defensores de la teoría clásica, a cuya cabeza figuraba el malogrado profesor Raymond, discípulo y sucesor de Charcot en la Cátedra de la Salpêtrière, y el de los innovadores y revisionistas, acaudillados por Babinski; entre estas dos tenden-

cias opuestas hubo lugar para la manifestación de opiniones intermedias, no en absoluto conformes ni con la una ni con la otra de aquéllas; pero en general, los oradores, impulsados por el curso mismo del debate, hubieron de afiliarse a uno de los dos partidos combatientes, expresando su conformidad con el clasicismo o con el reformismo. La discusión se desenvolvió con sujeción a un cuestionario previo redactado por Duprè, inspirado en las ideas de Babinski, y aun calcado sobre los términos mismos de la definición de éste, pues la serie de preguntas de que constaba se referían al valor de la sugestión y de la persuasión para caracterizar al histerismo, a la conveniencia de adoptar la denominación de pitiatismo, a la legitimidad de los llamados estigmas histéricos, a la existencia real de trastornos tróficos, viscerales, térmicos, etc., a la influencia de la emoción en la génesis de los accidentes histéricos y a la conservación del nombre de histerismo y definición de éste. Acerca de cada una de estas cuestiones, la controversia fue sumamente detenida, y según he dicho ya, en ninguna de ellas recayó acuerdo concreto, quedando al final de la segunda sesión la discusión sin cerrarse, suspendida hasta una nueva reunión que, por fin, no llegó a verificarse. A pesar de esta falta de conclusiones concretas, pudo apreciarse que en el curso del debate ganaba terreno la doctrina de Babinski, no íntegramente admitida por todos los contendientes, y aun agriamente censurada por algunos, pero reconocida por la mayoría como exacta en muchos de los puntos que abarca.

El actual profesor de Clínica de las enfermedades del sistema nervioso de la Facultad de París, y desde mucho ha médico de la Salpêtrière, Dejerine, tomó parte muy activa en esa discusión, adoptando una actitud en cierto modo ecléctica, pues sin mostrarse incondicional partidario de la teoría clásica, tampoco manifestó entusiasmo por las nuevas ideas sustentadas por Babinski, antes al contrario, combatió abiertamente algunos de los conceptos de éste y, sobre todo el referente al exclusivismo de la sugestión en la patogenia del

histerismo; según Dejerine, ni la génesis sugestiva es constante en todos los trastornos histéricos, existiendo muchos en los que no es posible invocar tal mecanismo de producción, ni tampoco es peculiar sólo de ellos, pues aparte de su intervención en varios fenómenos fisiológicos se observa también en otros estados patológicos, especialmente en esas afecciones pseudo-orgánicas o enfermedades imaginarias que, englobadas bajo la denominación de falsas esplacnopatías o visceropatías (falsas gastropatías, falsas afecciones urinarias, etc.) para Dejerine no son histéricas, como generalmente se admite, sino neurasténicas, y en realidad debe reconocerse que las perturbaciones que las caracterizan se observan casi siempre en sujetos manifestamente neurasténicos; el profesor de la Salpêtrière ha hecho un profundo estudio de estos trastornos psiconeuróticos en su reciente obra sobre las *Manifestaciones funcionales de las psiconeurosis y su tratamiento por la psicoterapia* (49), en el que trata muy extensamente de éste difícilísimo problema de Psicopatología, cuya más satisfactoria solución acaso consista, y esta es opinión mía, en la creación de una nueva modalidad de psiconeurosis intermedia, o mejor dicho, híbrida de neurastenia e histerismo y algo parecida en sus apariencias, pero distinta en el fondo, de la hipocondría, así como de otras manifestaciones psicasténicas. Dejerine discrepa también de Babinski en su manera de considerar la influencia de la emoción en la patogenia de los síntomas histéricos; pero de este asunto he de tratar ampliamente en el capítulo que sigue, por lo que nada diré aquí acerca del mismo.

En el *XVII Congreso de los alienistas y neurólogos franceses y de los países de lengua francesa*, celebrado en Ginebra y Lausana en Agosto de 1907, figuraba como uno de los temas oficiales, la *definición y naturaleza del histerismo*, del que fueron ponentes Claude y Schnyder; según el primero, el histerismo es una diátesis, una disposición constitucional del sistema nervioso, caracterizada por un defecto de regulación de los procesos reflejos elementales que son puestos des-

ordenadamente en juego por ciertas percepciones o apercepciones que el sujeto aísla, conscientemente o no, y que por deficiencias del poder enfrenador, adquieren excepcional predominio, y desarrollan una actividad dinamógena extraordinaria; de esta definición, a la vez complicada y vaga, debe retenerse el dato de que su autor, aunque hace extensiva la predisposición histerógena a todo el sistema nervioso, reconoce que el mecanismo patogénico primordial se desarrolla en la esfera psíquica, consistiendo en el aislamiento y predominio de percepciones y apercepciones de gran capacidad dinamo-génica. En cuanto a Schnyder, expone en su ponencia profundas a la par que brillantes consideraciones psicológicas y antropológicas sobre el histerismo, al que considera como un paso en falso en la evolución del espíritu del hombre, como una solución de continuidad en el curso del perfeccionamiento mental, representando la más sencilla y primitiva expresión de la debilidad, de la insuficiencia de la psiquis humana, y por eso se observa de preferencia en los sujetos, en las clases sociales y en las épocas históricas de deficiente desarrollo mental. Esta concepción de Schnyder, que sin definir rigurosamente el histerismo señala sus relaciones con hechos biológicos generales, tiene el alto mérito de sacar la cuestión de los estrechos límites de la Patología, y de emplazarla en los ámbitos de la Psicología y de la Antropología, subordinándola a las más transcendentales leyes que rigen el desenvolvimiento psíquico de la especie humana. Bajo este concepto son las ideas de Schnyder comparables a las de Claparède antes expuestas, y como ellas merecen elogio por el elevado espíritu filosófico que las inspira, y por constituir loables tentativas de asimilación y supeditación de los hechos patológicos a los principios y a los fenómenos normales de la Biología.

En el *Congreso internacional de Psiquiatria y Neurología*, celebrado en Amsterdam en Septiembre del mismo año 1907, discutieron ampliamente acerca del histerismo, Janet, Sollier, Joire y Jelgersma entre otros, sustentando opiniones ya co-

nocidas: Janet defendió su concepción del histerismo como enfermedad mental, y Sollier expuso sus ideas ya en páginas anteriores examinadas.

Durante los años 1909 y 1910 tuvo lugar en el seno de la *Sociedad belga de Neurología* una larga controversia sobre el histerismo, a la que sirvió de pauta un cuestionario muy parecido al de la *Sociedad de Neurología de París* en 1908, pues como éste tenía por punto de mira la doctrina de Babinski, y estaba constituido por interrogaciones acerca de lo que debe entenderse por sugestión y por persuasión, de las relaciones entre la sugestión y los estigmas del histerismo, de la significación y origen de los trastornos histéricos, de la equivalencia entre pitiatismo e histerismo, etc., para terminar preguntando cuál es la mejor definición de éste. Así como los debates de la Sociedad parisina quedaron sin terminar y no se formuló contestación precisa a ninguno de los temas discutidos, los de la corporación belga llegaron a formal conclusión, y para cada pregunta de su cuestionario se redactó una categórica respuesta, siendo la última de todas la definición del histerismo, patrocinada por la asamblea, que reza así: «El histerismo es un estado psicopatológico caracterizado por un desequilibrio mental congénito o adquirido, que se manifiesta por la disminución del poder enfrenador cerebral y el predominio de los procesos subconscientes, con exageración de la sugestibilidad y emotividad»; los conceptos de estado psicopatológico y de desequilibrio mental, que en lugar preferente campean en esta definición, claramente revelan que en la Sociedad belga predominó la opinión que considera al histerismo como una enfermedad mental; además, la noción del predominio de lo subconsciente ya admitida por diversos autores, es muy fecunda en aplicaciones patológicas, y se armoniza perfectamente con lo que hoy se piensa acerca de la génesis de las psiconeurosis en general.

En fecha más reciente, en el *XXI congreso de los alienistas y neurólogos franceses*, que tuvo lugar en Amiens en 1911, Dupré (50) en unión de Logre, explanó su teoría sobre el

histerismo, más original en la forma de expresión que en el fondo, pero digna de ser conocida por los nuevos puntos de vista que abarca. Para Duprè, el histerismo es una modalidad del trastorno psíquico general que ha designado con el nombre de *mitomanía*, y que consiste en la predisposición constitucional a la alteración de los hechos, al falseamiento de la realidad, a la invención de sucesos imaginarios, a la mentira, en suma; pero debo advertir que se trata de la mentira patológica, no de la mentira inmoral, y aunque este punto toca a un grave problema ético, el de la moralidad de los sujetos histéricos, al que dedicaré uno de los siguientes capítulos, no quiero aquí prescindir de esa aclaración, añadiendo que la tendencia de los mitómanos a la fabulación, a la simulación y a la adulteración de la verdad, debe estimarse como un defecto psíquico, como resultado de la insuficiencia de la noción de lo real, que no se impone a ellos con la evidencia y con la clara diferenciación respecto de lo imaginario que en los sujetos normales, siendo esta misma, dicho sea de pasada, la explicación psicológica de la frecuencia de la mentira en la niñez, edad en que el sentido de la realidad no se halla aún suficientemente desarrollado, Duprè supone en la génesis de las manifestaciones mitománicas la intervención de otras deficiencias de orden moral, como la vanidad, la envidia, la lascivia, la crueldad, etc., pero yo, sin negar la influencia de estos factores éticos, creo que la anomalía primordial consiste en la insuficiencia intelectual antes indicada. Dentro del campo de la mitomanía, ocupa el histerismo un lugar especial, definido por la naturaleza de los mitos elegidos como tema de representación, que no son otros que los estados patológicos o síndromes morbosos, de suerte que esta psiconeurosis sería la *mitomanía de los síndromes*, o más brevemente la *patomimía*; la realización de estas representaciones patomímicas está facilitada por algunos caracteres peculiares de la mentalidad y del funcionamiento del sistema nervioso en los histéricos, como son la exuberancia de la imaginación reproductora y de la creadora,

que favorecen respectivamente la acción de la heterosugestión y de la autosugestión, y la psicoplasticidad que permite la traducción en numerosos y sorprendentes trastornos somáticos de las representaciones imaginarias. Es esta concepción del histerismo, muy ingeniosa y seductora por la galana forma en que está presentada, pero peca de verbalista, y más que resolver las dificultades las escamotea, suplantando las incógnitas por sonoras palabras de significado vago; tal ocurre con la *psicoplasticidad*, a la que hace poco he aludido, y que representando un modo anormal de influjo de lo psíquico sobre lo somático, no es posible saber con fijeza en qué consiste. Pero con todos estos defectos la teoría de Duprè representa una valiosa contribución al estudio del histerismo, considerado principalmente desde el punto de vista de su origen psíquico, y de la subordinación de los síntomas orgánicos a las representaciones mentales mitománicas que constituyen la perturbación primordial; esta teoría, por los puntos de apoyo que busca en ciertas perversiones morales, y por los rasgos que atribuye al carácter histérico, merecería llamarse psico-ética, mejor que psíquica pura, pero sin perjuicio de que en el capítulo correspondiente me ocupe detenidamente de la moralidad de los histéricos, baste recordar que Duprè afirma ser el estado mental el factor fundamental del histerismo y constituir las representaciones mentales el origen de todos los trastornos histéricos, para incluir su hipótesis entre las que proclaman el carácter psicógeno de esta psico-neurosis.

Recapitulación final.

Al término de esta larga disertación histórico crítica que desde los albores de la Medicina científica, con la enseñanza dogmática de Hipócrates conduce hasta el momento presente, con el choque de innúmeras opiniones más originales en

las apariencias que en el fondo, llegase con un sentimiento de fatiga, de confusión, y también de amargo desconsuelo, de hondo desaliento, engendrado por la contemplación de tantas brillantes teorías desvanecidas, de tantas tentativas fracasadas, de tantos vanos esfuerzos para intentar descifrar la naturaleza y el origen del histerismo, que en su fondo, en su íntima esencia se nos muestra hoy tan impenetrable como hace veinticuatro siglos; pero ¿habrá sido totalmente inútil la labor ímprobamente acumulada por una generación en pos de otra durante tantos centenares de años? ¿Será esta secular empresa tan estéril como el trabajo de Sísifo o el tejer de Penélope? En modo alguno, pues si bien el problema propuesto continúa sin solución, por ser irremisiblemente insoluble, según demostré al comienzo de este capítulo, los incesantes estudios llevados a cabo para despejar la indescifrable incógnita, nos han aportado un caudal valioso de conocimientos positivos, que constituyen el tesoro de que hoy se enorgullece nuestra ciencia experimental, y así, pese a los lamentables extravíos teóricos, de siglo en siglo se sigue seguramente el rastro del progreso en el orden práctico. Partiendo de la imaginaria concepción hipocrática, de aquella asombrosa noción del útero animal autónomo dotado de sensibilidad, movimientos y apetitos propios, que con desordenado ímpetu recorría el interior del cuerpo, causando los más variados trastornos, vemos como pausadamente van sustituyéndose a las creaciones de la fantasía las severas inducciones del razonamiento aplicado a la fiel observación de los hechos; con Galeno se introduce en la patogenia del histerismo el concepto humoral, balbuceante aún y toscamente perjeñado, es cierto, pero muy digno de consideración como germen fecundo de ulteriores desarrollos; además, el reconocimiento del histerismo masculino asesta un rudo golpe a la absurda teoría de la migración del útero. En el dintel del siglo xvii, da Lepois un paso de gigante con la condenación de la patogenia uterina y la afirmación de que el histerismo es una enfermedad nerviosa, transcendental concepto que ha inspirado todos los ade-

lantos posteriores, y en el que tienen su punto de partida todas las teorías modernas. Dentro del mismo siglo xvii, Sydenham no sólo refuerza la doctrina neurógena con el apoyo decidido de su autoridad inmensa, sino que por sus admirables descripciones de los síntomas del histerismo, traza las líneas fundamentales y hasta ahora inmutables, del estudio clínico de esta psiconeurosis.

Abrese un nuevo paréntesis, necesario para que los geniales conceptos de Lepois y de Sydenham se vayan difundiendo, venzan la formidable resistencia de la inercia mental y se adueñen de los espíritus; ya en pleno siglo xix hállase el ambiente científico preparado para un nuevo avance, y la tendencia progresiva, sordamente elaborada, encuentra su más acabada expresión en la obra de Briquet, de imperecedero recuerdo, no sólo por su prodigiosa documentación clínica, sino también por el acrisolado buen sentido que luce en todos sus razonamientos interpretativos.

La conquista del siglo xvii fue la transformación del histerismo, hasta entonces enfermedad del aparato genital, en enfermedad del sistema nervioso; la del siglo xix fue su conversión en enfermedad psíquica; este concepto, ya enunciado por autores anteriores, no llegó a su pleno desenvolvimiento hasta que Charcot le incorporó a su doctrina, como núcleo de la misma. La colosal labor de Charcot en el estudio del histerismo, es de tal magnitud y de tan extraordinario mérito, que por sí sola bastaría para inmortalizar su nombre, y aunque su concepción fue demasiado grandiosa para que fuera verdadera, y por eso no ha podido resistir los embates de la crítica y ha tenido que sufrir profundas modificaciones, aún quedan incólumes muchos y muy interesantes fragmentos que atestiguan la importancia de la obra realizada por el maestro de la Salpêtrière.

En esta rápida enumeración de las principales etapas que ha recorrido en su progreso el conocimiento del histerismo, corresponde el postrer lugar, en el orden cronológico, a Babinski, cuya labor tiene la significación principal de correc-

ción de los errores anteriormente cometidos por abuso de las abstracciones teóricas, y de imposición de las nociones clínicas directamente derivadas del estudio de los hechos; el nombre de Babinski permanecerá siempre unido al diagnóstico práctico de los fenómenos histéricos.

Y llegados al momento actual ¿podremos de todo el cúmulo de estudios y opiniones examinados, deducir una conclusión precisa y terminante que sirva de fija norma a nuestras reflexiones teóricas y de regla segura de conducta para nuestras determinaciones prácticas? La confusión hoy reinante en esta materia, la oposición de conceptos, la diversidad de puntos de mira entre los autores contemporáneos, confusión, oposición y diversidad puestas crudamente de manifiesto en las últimas discusiones sobre el histerismo, impiden contestar afirmativamente a la anterior pregunta; no, no es posible condensar el resultado de la comparación y contraste de todas las opiniones modernas sobre el histerismo, en una categórica proposición que sería la tan deseada definición que desde hace siglos se viene persiguiendo. Todo conato de tal proposición sintética, por mucha imparcialidad que en el empeño se pusiera, no sería más que una hipótesis más, tan defectuosa como todas las anteriores; pero aunque no sea posible fallar el proceso del histerismo como se falla un litigio en los tribunales de justicia, mediante una sentencia concisa y decisiva, si es factible entresacar del caos de hechos y conceptos discutidos, aquéllos que parecen más verosímiles, aquéllos más sólidamente demostrados y que, por lo mismo, han recabado el mayor número de sufragios, y con ellos formar una noción del histerismo que se aproxime todo lo posible a la verdad; intentaré esta obra de selección y de síntesis en los párrafos siguientes, en los que a la vez consignaré mi personal modo de pensar acerca de los caracteres fundamentales y de la patogenia de los trastornos histéricos.

Ante todo debe destacarse la capital concepción del histerismo como enfermedad mental, de su origen psíquico, ya afirmado hace cerca de un siglo por Brodie, y después

elocuentemente sustentado por Charcot. No se halla hoy todavía unánimemente admitida esta patogenia psíquica, pues mientras la defienden Janet, Dubois, Bernheim, Duprè, Babinski mismo que implícitamente la insinúa en los términos de su definición, y la casi totalidad de los autores alemanes, como Moebius, Hoche, Bonhöffer y Freud, la impugnan en cambio Sollier, Dallemagne, Grasset, Bianchi, Levi-Bianchini y otros que atribuyen la influencia patógena primordial a alteraciones de procesos fisiológicos que ocurren en todo el sistema nervioso; pero aparte de que esta distinción que se pretende que sea radical, tiene mucho de artificiosa, las diferencias que separan a los mantenedores de una y otra teoría, la psíquica y la nerviosa total, consisten más en la interpretación convencional de los hechos que no en los hechos mismos. Es innegable que en el histerismo existen numerosos trastornos somáticos, producidos evidentemente por perturbaciones de las diversas partes del sistema nervioso, y esto no lo niega ningún psicogenista, porque la realidad lo atestigua, de suerte que los partidarios de la teoría nerviosa total tienen razón al afirmar que en la génesis inmediata de los fenómenos histéricos intervienen todos los territorios del sistema nervioso, pero también la tendrían si a continuación declararan que en aquélla participan asimismo los músculos, asiento de parálisis y de contracturas, y las glándulas, con perturbaciones secretorias, y los vasos cutáneos, anormalmente dilatados en el dermatografismo; mas si de estos hechos indubitables pretendieran deducir que el histerismo es una enfermedad de los músculos, y de las glándulas y de los vasos, incurrirían en un estupendo absurdo, que ellos mismos serían los primeros en condenar; pues bien, idéntico error de razonamiento cometen al suponer que las alteraciones de todas las porciones centrales y periféricas del sistema nervioso deben ser equiparadas y medidas por el mismo rasero, ocupando todas igual rango patogénico, y negando la existencia entre ellas, bajo este concepto, de una escala de subordinación; semejante opinión es inadmisibile, porque no interpreta

fielmente la realidad. En la génesis del histerismo el primer lugar, como punto de partida obligado del proceso morboso, sean cuales fueren sus manifestaciones, corresponde siempre a una alteración psíquica, y si después intervienen los centros nerviosos inferiores, no sólo cerebro-espinales, sino también vegetativos, lo hacen con el carácter de meros instrumentos que responden, dentro de las leyes de su funcionamiento, al trastorno primordial constantemente iniciado en la esfera psíquica, pero sin que se les pueda reconocer jamás autonomía histerógena, y aun cuando en algún caso pueda imputarse a algún trastorno de los mismos la causa de los accidentes histéricos, siempre esa causa habrá de elevarse hasta la zona del psiquismo para en ésta adquirir su capacidad patógena y después, convertida ya en influjo psíquico, irradiarse a los centros inferiores.

En la génesis del histerismo intervienen, pues, dos categorías de factores, unos primitivos y fundamentales, indispensables, que son de orden psíquico, y otros secundarios subordinados, accesorios, constituidos por la función perturbada de los demás territorios del sistema nervioso; los primeros se bastan por sí solos para engendrar el síndrome histérico, que puede en ocasiones desenvolverse exclusivamente en el campo de lo psíquico; pero los segundos sólo pueden actuar bajo la impulsión de aquéllos. Así explicado el concepto psicógeno del histerismo creo que no suscitará objeciones, y que los mismos partidarios de la teoría nerviosa integral reconocerán la exactitud de dicha interpretación.

Es tanto más admisible esta teoría psíquica cuanto que lejos de ser exclusivista, acepta la colaboración de las perturbaciones del funcionamiento del sistema nervioso, y aun del organismo en general, al reconocer la intervención de lo inconsciente o subconsciente, que influyendo de modo ignoto en los fenómenos de la conciencia, puede convertirse en origen de muchos accidentes histéricos. Esta noción de la influencia patógena de lo subconsciente se halla claramente consignada en las obras de los más caracterizados defenso-

res*de la teoría psicógena, la cual no afirma que el histerismo sea todo psíquico, sino simplemente que en él ha de intervenir siempre un factor mental, y que sólo son síntomas histéricos aquéllos que pueden explicarse como derivación de una representación ideativa del paciente, exteriorizada merced a esa facultad misteriosa que se llama aptitud histerógena, psicoplasticidad, etc.

Otro punto muy discutido en la actualidad, es el de si el histerismo debe considerarse como enfermedad o como diátesis; esta distinción es más nominalista que real, y su resolución depende del significado convencional que se señala a ambos conceptos, entre los cuales no hay en el fondo incompatibilidad verdadera, pues en Patología somática, la gota, por ejemplo, se considera simultáneamente como diátesis y como enfermedad. Expresando la diátesis un estado constitucional, una predisposición a enfermar en determinado sentido, un temperamento morbozo, debe reconocerse que el histerismo es una diátesis psíquica, y esta denominación o la equivalente de predisposición constitucional, figura sin excepción casi en todas las definiciones modernas; el histerismo así entendido sería la aptitud inherente a determinados individuos de padecer los trastornos que se llaman histéricos, y constituiría un estado continuo y constante, aunque susceptible de largos períodos de latencia, durante los cuales permanece sin manifestarse, o revelándose sólo por ciertos caracteres mentales o físicos que necesitan ser buscados; en cuanto al histerismo enfermedad, estaría formado por los síndromes que se desarrollan sobre la base diatésica, a la cual debe atribuirse la principal importancia al tratar de caracterizar a la citada psiconeurosis. Debe, pues, aceptarse como exacta y fundamental la noción de diátesis psíquica aplicada al histerismo.

Otro punto acerca del cual existe cierta conformidad en el fondo entre los autores contemporáneos, es el de la apreciación del mecanismo inmediato de producción de los fenómenos histéricos, considerándolos como resultado de un disturbio en las relaciones de la actividad psíquica con la somá-

tica, de donde resultaría una fácil y exuberante exteriorización orgánica de los fenómenos psíquicos; esta anomalía de la solidaridad psicofísica vislumbrada, pero no bien determinada, trastorna el total funcionalismo nervioso, y es la misma enigmática condición que algunos autores consignan en sus definiciones, con los oscuros nombres de aparato histerógeno, psicoplasticidad, psicosis, etc. Fundamentalmente, esa anomalía de las relaciones entre lo mental y lo orgánico se manifiesta por una exageración de las reacciones somáticas producidas por los hechos psíquicos, es decir, por una exaltación de la psico-reflectividad, principalmente en la esfera afectiva, y parece debida a una debilitación de las más altas funciones mentales, de la facultad de concentración, de síntesis y de integración, y del poder enfrenador que la razón ejerce sobre los impulsos sentimentales. Sería, pues, en último término el histerismo, la expresión de una deficiente constitución de la psiquis, de una insuficiencia del desarrollo y de la adaptación mentales, de una debilidad en suma, de las funciones de la inteligencia. Por eso casi todos los autores modernos coinciden en considerar al histerismo como una enfermedad degenerativa, y el docto catedrático de Medicina legal de la Facultad de Madrid, profesor Maestre (51), le estima como una de las cuatro etapas que él admite en la escala de la degeneración. Proceso degenerativo o atávico, regresión o suspensión de desarrollo, lo cierto es que el histerismo representa siempre un estado de inferioridad mental, con ruptura del armónico equilibrio que normalmente existe entre las varias funciones psíquicas y nerviosas.

Como resultado de esta inferioridad psíquica, con disminución del poder coordinador supremo de la razón, destacan en la mentalidad histérica algunos rasgos predominantes, que son la clave de la génesis de casi todos los síntomas; uno de esos rasgos es la sugestibilidad, que convierte a esos sujetos en esclavos sumisos de sus propias representaciones mentales y de las insinuaciones ajenas. Otro rasgo peculiar es la emotividad, alterada en los histéricos, no sólo cuantitativa-

mente en el sentido de su exageración, sino también cualitativamente, pues es indudable que sienten no sólo excesivamente, sino de un modo especial suyo, distinto de la afectividad de los sanos y de la de otros enfermos, como los melancólicos, los fóbicos, los neuróticos con angustia, etc. El primer carácter, el de la sugestibilidad, hállase unánimemente admitido por todos los observadores; no así el segundo, el de la emotividad, que unos afirman y otros niegan; pero de este asunto, por su gran importancia, he de ocuparme en especial en el capítulo siguiente.

Desde hace mucho tiempo existe concordancia completa entre los autores acerca de la ausencia de lesiones materiales en el histerismo; los poderosos medios actuales de investigación no han descubierto alteraciones anatómicas en esta dolencia, y lo verosímil es que no existan, a juzgar por su evolución y por la posibilidad de la curación, en general completa y a menudo muy rápida, de todas sus manifestaciones. Es, pues, el histerismo, una afección funcional, dinámica, por trastorno de la energía psíquica y del influjo de ésta sobre la actividad somática.

El campo del histerismo es muy extenso, pero no tanto como a fines del siglo pasado se suponía; la limitación de su contenido constituye la más importante y útil de las reformas conseguidas por la investigación y la crítica contemporáneas, y representa un sólido progreso, porque a la vez que se ha disminuído el número de los accidentes histéricos, se ha profundizado en el conocimiento de los caracteres distintivos de los que genuinamente lo son, haciendo imposibles errores de diagnóstico, antes muy frecuentes. Hoy sólo se tienen por histéricos los fenómenos susceptibles de reproducirse por sugestión o de explicarse como derivación, por un proceso fisiológico, de una representación mental del sujeto; con sujeción a este criterio se consideran como histéricas las perturbaciones sensitivas, sensoriales y motoras, y hasta algunas alteraciones circulatorias, como la palidez por vaso-constricción o el enrojecimiento por vaso-dilatación, pero se re-

chazan como apócrifas todas aquellas manifestaciones cuya génesis psíquica es inexplicable por mecanismos fisiológicos, como las hemorragias viscerales o cutáneas, las gangrenas y erupciones de la piel, la anuria y hasta la misma fiebre. La experiencia ha demostrado que en estos casos se trataba siempre o de simulación o de asociación con alteraciones orgánicas.

Los estigmas histéricos han perdido su importancia teórica desde que se ha demostrado por Bernheim y Babinski, que son producto de la sugestión ejercida por el médico al explorar al paciente sin las precauciones debidas; pero yo creo que a pesar de esto conservan, como ya he dicho anteriormente, su utilidad práctica, como pruebas fáciles de obtener de la anormal sugestibilidad del sujeto.

En resumen, podemos hoy concebir al histerismo como diátesis y como enfermedad a la vez; como diátesis en cuanto a la predisposición constitucional permanente, y como enfermedad en cuanto al conjunto de sus manifestaciones actuales; podemos agregar que es una afección psicógena, constituida por posibles disturbios de todo el sistema nervioso, pero subordinados a un agente patógeno psíquico; es expresión de un estado de inferioridad mental con disminución del poder enfrenador racional, y anormalidad del influjo psíquico sobre las funciones somáticas, con exaltación de la psicoreflexividad; carece de lesiones anatómicas, siendo una dolencia puramente dinámica, y aunque su contenido es muy vasto, no lo es tanto como antes se creyó, pues sólo deben formar de él parte aquellos síntomas que puedan lógicamente suponerse debidos a una influencia psíquica ejercida por medios fisiológicos. Acaso esta fórmula general de diferenciación parezca muy vaga, pero no se tema que su vaguedad suscite dificultades diagnósticas, pues ya se verá en la parte clínica de este libro, que para cada síntoma o síndrome especial se conocen caracteres distintivos suficientemente fijos y seguros.

¿Reuniré todas estas nociones aisladas combinándolas en una definición de correcta apariencia? Me parece inútil, por-

que semejante artificio no añadiría ni un ápice más de conocimiento positivo a los ya contenidos en las mentadas nociones, tal como las he expresado; por el contrario, me expondría a falsearlas al pretender condensarlas en una fórmula teórica que intentara ser a la vez concisa, completa y absolutamente diferencial. ¿Para qué forjar una nueva definición del histerismo, que sería tan defectuosa o más que las existentes, si ya demostré al principio de este capítulo que no hay ni habrá definición capaz de darnos a conocer la naturaleza íntima, la esencia de una cosa? Renuncio, pues, a tan vana empresa, recordando la excéptica frase de Laségue:

«L'hysterie n'a pas été définie, et on ne la définira jamais».

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—BRIQUET: *Traité de l'Hystérie, clinique et thérapeutique*, París, 1859.
- 2.—GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*. París, 1891-1895.
- 3.—BINSWANGER: *Die Hysterie*. Viena, 1904.
- 4.—CESBRON: *Histoire critique de l'Hystérie*. París, 1909.
- 5.—AMSELLE: *Conception de l'Hystérie*. París, 1907.
- 6.—COLIN: Trois nouvelles théories de l'Hystérie, *Revue de Psychiatrie*, 1903.
- 7.—CLAPAREDE: Quelques mots sur la définition de l'Hystérie. *Archives de Psychologie*, 1907.
- 8.—LEVI BIANCHINI: *L'isterismo dalle antiche alle moderne dottrine*. Pádua, 1913.
- 9.—XVII Congreso de los médicos alienistas y neurólogos de Francia y de los países de lengua francesa. Ginebra y Lausana, 1 a 6 Agosto 1907 (*Revue Neurologique*, núm. 16, 1907).
- 10.—Congreso internacional de Psiquiatría, Neurología, Psicología y Asistencia a los alienados, Amsterdam, 2 a 7 Septiembre 1907 (*Archives de Neurologie*, 1907).
- 11.—Discusión sobre el histerismo en la Société de Neurologie de París, sesiones del 9 de Abril y del 14 de Mayo de 1907 (*Revue Neurologique*, números 8 y 10, 1907).

- 12.—*Discusión sobre el histerismo en la Société belge de Neurologie*, 1909 y 1910 (*Journal de Neurologie*, 1909 y 1910).
- 12 (bis).—*Cit.* por LEVI BIANCHINI, *loc. cit.*
- 13.—*Obras completas*, edición LITTRÉ, en 10 vol., t. VIII. París, 1839-1861.
- 14.—*Obras*, traducción latina de ASTIUS. Leipzig, 1822.
- 15.—WILLIS: *Affectionum quæ dicuntur histericæ, etc.* Londres, 1670.
- 16.—SYDENHAM: *Dissertatio epistolaris ad Guilelmum Cole*. Londres, 1861.
- 17.—HOFFMANN: *De morbis histericis vera indole, sede, origine et cura*. Halle, 1733.
- 18.—BOERHAAVE: *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis*. Leyden, 1715.
- 19.—VAN SWIETEN: *Commentarii in aphorismos Boerhavii*. Leyden, 1745.
- 20.—RAULIN: *Traité des affections vaporeuses, etc.* París, 1758.
- 21.—POMME: *Maladies nerveuses vulgairement appelées maux de nerfs*. París, 1782.
- 22.—LOUYER VILLERMAY: *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs, et particulièrement de l'Hystérie et de l'Hypochondrie*. París, 1816.
- 23.—BRODIE: *Lectures on local nervous affections*. Londres, 1837.
- 24.—GEORGET: *Recherches sur le siège, la nature et le traitement de l'Hystérie*, París, 1821.
- 25.—BRACHET: *Traité de l'Hystérie*. París, 1847.
- 26.—SANDRAS: *Traité des maladies neureuses*. París, 1851.
- 27.—GENDRIN: *Bulletin de l'Académie de Médecine*, vol. 11.^o, 1846.
- 28.—LASEGUE: *Archives générales de Médecine*, 1854.
- 29.—BRIQUET: *Loc. cit.* (Véase núm. 1).
- 30.—CHARCOT: *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. París, 1886-1889.
- 31.—CHARCOT: *Leçons sur les maladies du système nerveux*. París, 1887-1888.
- 32.—SOLLIER: *Genèse et nature de l'Hystérie*. París, 1897.—*L'Hystérie et son traitement*. París, 1901.
- 33.—GRASSET: *La théorie physiologique de l'Hystérie. Nouveau Montpellier médical*, 1893.—*Les centres nerveux*. París, 1905.
- 34.—DALLEMAGNE: *Dégénérés et déséquilibrés*. Bruselas, 1894.
- 35.—BINET-SANGLÉ: *Théorie physiologique de l'Hystérie. Revue de l'hypnotisme*, 1901.
- 36.—JANET: *Definiciones recientes de l'Hystérie. Archives de Neurologie*, 1893.—*Les Névroses*. París, 1909.—*L'état mental des hystériques*, 2.^a edición. París, 1911.
- 37.—MOEBIUS: *Ueber den Begriff der Hysterie. Centralblatt für Nerven heilkunde und Psychiatrie*, núm. 3, 1888.
- 37 (bis).—JOLLY: *Ueber Hysterie bei Kinder. Berliner klinische Wochenschrift*, núm. 34, 1892.
- 38.—ZIEHEN: *Ueber Hysterie*. Berlín, 1906.

- 39.—KRAEPELIN: *Psychiatrie*, 8.^a edición. Leipzig, 1909-1913.
- 40.—STRÜMPPELL: *Ueber die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen*. Erlangen, 1892.
- 41.—GAUPP: Ueber den Begriff der Hysterie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1911.
- 42.—TANZI: *Malattie mentali*, Milán, 1905.
- 43.—DUBOIS: *Les Psychonévroses et leur traitement moral*, 3.^a edición. París, 1909.
- 44.—CLAPAREDE: *Loc. cit.* (véase núm. 7) y *Journal für Psychologie und Neurologie*, vol. 18.^o, 1911.
- 45.—FREUD: Zur Aetiologie der Hysterie. *Wiener klinische Rundschau*, números 22 y 26, 1896.—*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, 2.^a edición. Leipzig, 1910.
- 46.—BREUER y FREUD: Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomäne. *Neurologisches Centralblatt*, números 1 y 2, 1893.—*Studien ueber Hysterie*, 2.^a edición, Leipzig, 1909.
- 47.—BERNHEIM: *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. París, 1884.—Definition et conception des mots suggestiou et hypnotisme, *Revue de l'hypnotisme*, vol. 6.^o, 1892.—Conception nouvelle et etiologie de l'Hystérie, *Bulletin médical*, 8 Noviembre, 1902.—Conception du mot hystérie: critique des doctrines actuelles, *Revue médicale de l'Est*, 1904.—Revision du chapitre des névroses, *L'Encéphale*, num. 7, 1911.—*L'Hystérie: definition et conception; pathogenie; traitement*. París, 1913.
- 48.—BABINSKI: Hypnotisme et Hystérie, *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1891.—Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique, *Gazette des Hôpitaux*, 1900.—*Ma conception de l'Hystérie et de l'hypnotisme*. Chartres, 1906.—Sur la definition de l'Hystérie, *XVII Congreso de los alienistas y neurólogos de Francia*, Ginebra y Lausana, 1907. (*Revue neurologique*, núm. 16, 1907).—Demembrement de l'hystérie traditionnelle, *Semaine médicale*, núm. 1, 1909.—Sur la fièvre et les troubles trophiques attribués à l'Hystérie, *Société de Neurologie de París*, sesión 5 Febrero 1909. (*Revue Neurologique*, I, 1909).
- 49.—DEJERINE y GAUCKLER: *Les manifestations fonctionnelles des Psychonévroses; leur traitement par la psychothérapie*. París, 1911.
- 50.—DUPRÉ y LOGRE: Hystérie et mythomanie, *L'Encéphale*, núm. 10, 1911.
- 51.—MAESTRE: La Degeneración humana: *Archivos españoles de Neurología, Psiquiatría y Fisioterapia*, núm. 2, 1910.

II

EMOCIÓN E HISTERISMO

Son tan múltiples y tan íntimas las relaciones entre la emoción y el histerismo, que en ellas se ha buscado insistentemente la clave patogénica, no sólo de muchos de los síntomas de éste, individualmente considerados, sino también del proceso histérico en general. El vulgo, intuitivamente, reconoce esta importancia de las emociones en la génesis del histerismo y las otorga el primer lugar en sus relatos e interpretaciones; los hombres de ciencia han compartido siempre esta opinión vulgar, depurándola de algunos groseros errores y adaptándola a las concepciones teóricas dominantes; pero ha sido en la época presente cuando se ha ido desvelando en sus íntimos resortes y en su profunda transcendencia el poder histerógeno de la emoción, atribuyéndole tal importancia patogénica muchos autores, que para ellos constituiría el más fundamental de los factores que intervienen en la producción de los síntomas histéricos. Esta opinión, aunque sumamente generalizada, no se halla unánimemente admitida, y precisamente una de las cuestiones que con más amplitud y empeño han sido discutidas por los neurólogos, por los franceses especialmente, ha sido la de la influencia patógena de la emoción y sus conexiones con los estados psiconeuróticos.

Tanto preocupa a los autores modernos el nexo entre emoción e histerismo, que en la mayoría de las teorías contemporáneas a éste referentes, ocupa aquélla preeminente lugar; en el capítulo anterior, al examinar las recientes definiciones del histerismo, he tenido repetidas veces que aludir a la emoción, y si allí no he consagrado a este asunto todo el espacio que merece, es, precisamente, porque dada su excepcional importancia me proponía dedicarle este capítulo íntegro, y aun así y todo no he podido evitar algunas indispensables menciones incidentales que aquí recordaré y discutiré con detalle.

Para poner orden en esta cuestión de suyo compleja y además extraordinariamente embrollada por la multitud de opiniones que acerca de ella se han emitido con mayor o menor fundamento, pero casi siempre con censurable exageración y con perniciosos exclusivismos, dividiré en dos partes el análisis de las conexiones entre el histerismo y la emoción, ocupándome en la primera del papel que en la etiología de aquél desempeñan las causas emotivas, y en la segunda de la intervención del proceso psicosomático emocional y más concretamente de esa predisposición o aptitud individual que se llama emotividad en la patogenia general y especial de los trastornos histéricos. La primera parte será un estudio etiológico, en el que trataré de los hechos productores de esa conmoción, choque o trauma psíquico peculiar de la emoción, considerándolos como causas exógenas, como verdaderos agentes externos provocadores del histerismo; la segunda parte, por el contrario, se referirá a las causas predisponentes, a las condiciones peculiares del sujeto, a la patogenia íntima de los fenómenos histéricos, investigando además las analogías y diferencias que existen entre ellos y las manifestaciones fisiológicas de la emoción. Estos dos puntos de vista no son, en el fondo, absolutamente distintos, sino que representan más bien aspectos diversos de un mismo y único proceso, que en la realidad se desarrolla de modo continuo, sin el abrupto deslinde en etapas a que las necesi-

dades de la exposición didáctica obligan. Las dos partes en que he dividido este estudio se completan mutuamente, y, además, ambas contribuyen a perfeccionar y a prestar solidez a los conceptos sobre el origen y caracteres distintivos del histerismo dados a conocer en el capítulo anterior, del cual viene a ser éste, por lo tanto, la natural continuación y el lógico complemento.

Las causas emocionales en la etiología del histerismo.

Los pacientes y sus familias, sobre todo los de condición social baja, muestran general tendencia a atribuir los trastornos histéricos a emociones sufridas, en especial a las que bruscamente irrumpen en el ánimo, sobrecogiéndole sin que tenga lugar de aprestarse a la defensa; son los sustos, en el sentir del vulgo, los que más frecuentemente engendran los accidentes histéricos, y después de los sustos las penas hon- das que rápidamente sobrevienen, como la producida por la pérdida inesperada de un sér querido, y también los conflictos pasionales agudos, de carácter casi siempre amoroso. Mención especial merecen entre las causas emotivas las grandes perturbaciones atmosféricas y telúricas, ya sean verdaderos cataclismos o que, sin llegar a ello, tengan la intensidad suficiente para constituir imponentes anormalidades cósmicas, como las tempestades muy violentas, las descargas eléctricas, las sacudidas sísmicas, la explosión de bólidos, etcétera; si estos sucesos son en sí mismo raros, y, por lo tanto, no pueden referirlos muy a menudo los histéricos en sus antecedentes, en cambio su poder traumatizante psíquico es tan intenso y tan seguro, que después de algunos de estos inusitados acontecimientos, es muy frecuente ver muchos sujetos neuróticos que a ellos achacan el origen de sus males. La aptitud perturbadora del sistema nervioso que poseen esos

trastornos cósmicos es tal, que en ocasiones determinan verdaderas epidemias limitadas de psiconeurosis, tan grande es el número de individuos afectos; pero en estos brotes epidémicos interviene otro factor patogénico, el de la imitación, que tampoco ha escapado a la sagacidad del vulgo, siendo muy frecuente que los parientes mismos del enfermo nos digan que éste ha visto algún caso análogo, ya en su familia, ya en sus amigos o convecinos; pero de este punto, por referirse a otro factor patógeno del histerismo, no debo aquí ocuparme, limitándome a indicar que así como las causas emocionales de que estoy tratando actúan poniendo en juego la disposición psíquica de los histéricos que se llama emotividad, la imitación depende de otro muy importante carácter mental de aquéllos, de la sugestibilidad.

Esta etiología emotiva vulgar, que tan acertadas nociones contiene, demuestra la seguridad con que el común de las gentes, libre de prejuicios teóricos y del abrumador peso de los dogmas consagrados, sabe apreciar el origen de los trastornos histéricos; pero al lado de estos valiosos destellos de buen sentido, ¡cuántos conceptos absurdos, derivados de la ignorancia, y más aun que de ésta, de las mil variadas supersticiones que como plantas parásitas invaden las almas incultas! Estos enormes disparates de interpretación son, en muchas ocasiones tantos y de tal calibre, que obscurecen por completo aquellos indicios de recto y perspicaz juicio a que aludía al comienzo de este párrafo; pero el médico que sea algo psicólogo logrará siempre descubrir el núcleo de verdad que las referencias vulgares encierran, por disimulado que se halle bajo el cúmulo de errores engendrados por la carencia de instrucción y por la falta de hábito de discurrir con lógica.

La ciencia, en ésta como en muchas otras circunstancias, recoge esas nociones vulgares, y a la vez que las confirma las refina y las amplía; más adelante examinaré los diversos modos que los más eminentes autores contemporáneos tienen de concebir las relaciones de la emoción con el histerismo; pero antes de exponer las opiniones ajenas, quiero dar

a conocer la mía propia, basada en la observación imparcial de muchos centenares de histéricos.

En los antecedentes de los enfermos por mí explorados figuran, con extraordinaria frecuencia, las emociones como verosímil causa de los trastornos histéricos, de suerte que, cual resultado indubitable de mi personal experiencia, puedo declarar que me hallo plenamente convencido de la positiva influencia que las causas emotivas ejercen en la génesis del histerismo; mi práctica me permite, además, desmembrar esta afirmación general en varias proposiciones más concretas, que a la vez que sirven de prueba a aquélla, contribuyen a precisar su significado y su alcance; inspirándome en este propósito especificaré sucesivamente: 1.º, qué clase de emociones son las que más a menudo engendran el histerismo; 2.º, qué lugar cronológico ocupa, por lo general, la influencia emotiva en el proceso histérico, 3.º, qué categoría de sujetos son los más predispuestos a responder con trastornos histéricos al influjo de las emociones.

De todos los movimientos emotivos que a nuestro ánimo imprimen los sucesos externos, son los más propicios a convertirse en fenómenos histéricos las violentas e imprevistas sacudidas determinadas por los hechos que de una manera intensa y brusca hieren los más poderosos sentimientos humanos, como el de la propia conservación, el del anhelo de felicidad, los de afecto a los seres que más íntimamente están unidos a nosotros, etc.

Estas emociones son las que comúnmente se llaman sustos, penas de familia, contrariedades amorosas, etc.; es decir, las mismas que en uno de los párrafos anteriores he mencionado como las causas que el sentir popular asigna a las perturbaciones histéricas. Mi experiencia en este punto concuerda con la del vulgo; son las emociones bruscas e imprevistas las que, según la gráfica expresión usual, repercuten en lo hondo de las entrañas, las que súbitamente nos espantan con el terror de un inminente riesgo para nuestra vida que de improviso se alza ante nosotros, las que despiadadamente nos

amputan nuestros más caros sentimientos al arrebatarnos a los seres que adoramos, o las que brutalmente nos descubren la ruina de nuestros ensueños de porvenir feliz; son las emociones producidas por todos estos motivos, rapidísimas en su aparición, profundas en su íntimo alcance, totales en su actuación, que abarca el conjunto entero de nuestras funciones mentales y físicas; inesperadas, y, por lo tanto, más rudamente agresoras de nuestra personalidad no preparada para resistir el tremendo choque psíquico que la aniquila produciendo una momentánea sideración, luego seguida de reacciones patológicas, son las emociones de este género las que más a menudo engendran los estados histéricos. Así, entre los innúmeros ejemplos que pudiera citar, recordaré el de una muchacha que encontrándose de repente una noche en una calleja solitaria y oscura del pueblo a un enorme mastín, que toma por un lobo, se ve acometida de un temblor que degenera en movimientos desordenados, los cuales persisten toda su vida; el de un joven artesano que a consecuencia del trágico suicidio de un hermano suyo, es presa de raros tics que resisten a todas las medidas terapéuticas; el de una novicia, que ante inesperadas dificultades que contrarían su vocación y retardan la fecha de la deseada profesión, es víctima de repetidos ataques de narcolepsia, algunos de ellos de una semana de duración; los múltiples casos de mutismo, sobrevenidos como resultado de una amenaza, o de una agresión, o de un momento de gravísimo peligro en una empeñada acción de guerra. Pero no tengo para qué multiplicar más los ejemplos, pues en los casos clínicos recopilados en la segunda parte de esta obra, discuto la etiología de cada uno, y en muchos de ellos se verá claramente manifiesto el influjo de las emociones de que me estoy ocupando.

Como resumen de lo hasta ahora expuesto consignaré, pues, que siendo evidente la influencia patógena de las emociones en el histerismo, no todas la ejercen en igual grado, siendo especialmente activas en tal sentido las bruscas e imprevistas que agobian la mente de modo instantáneo y afec-

tan a los sentimientos primordiales de la conservación personal, del apego a los seres más queridos y de la esperanza en la felicidad futura. Las emociones lentas, por el contrario, las que pausadamente van minando la energía psíquica y de modo insidioso destruyen la dicha presente y venidera, como los reveses reiterados de fortuna, la contemplación de la enfermedad incurable de alguna persona a quien se adora, los amores imposibles, etc., no suelen dar lugar a manifestaciones histéricas, sino a trastornos psiconeuróticos de otra índole, neurasténicos, hipocondríacos o melancólicos.

El segundo punto de que en especial he de ocuparme en esta exposición de mi experiencia personal acerca de las emociones como causa del histerismo, es el del momento del proceso histérico en que aquéllas actúan más a menudo; asunto es éste que deseo examinar con alguna detención, porque existe notable diferencia, en cuanto a la frecuente intervención de la patogenia emotiva, entre las manifestaciones primeras del histerismo en un sujeto y las siguientes; aquéllas reconocen la mayoría de las veces como causa un suceso emocional de la categoría antes especificada; éstas no necesitan la repetición de las emociones ni de ninguna otra causa provocadora aparente, sino que muchas veces se reproducen con apariencias de espontaneidad, siendo su mecanismo de producción esencialmente endógeno, constituido por fenómenos intrapsíquicos, en los que la autosugestión desempeña un papel muy importante, pero no exclusivo, pues también intervienen esas condiciones afectivas del sujeto que se engloban bajo la denominación genérica de emotividad, y que serán analizadas en la segunda parte de este capítulo.

La resumida descripción de los hechos tal como comúnmente ocurren en la realidad, permitirá comprender la exactitud y el alcance de la diferencia establecida en el párrafo anterior. Sirvanos de ejemplo el caso más frecuente y más típico, el de una mujer que sufre crisis convulsivas histéricas; la primera de éstas se presentó en la pubertad a consecuencia de una impresión terrorífica, o de la pérdida de un parien-

te, o de uno de esos traumatismos psicosexuales, cuya importancia ha sido tan sagazmente, aunque con evidente exageración en sus deducciones, demostrada por Freud; después las crisis se han venido repitiendo sin necesidad de que ocurrieran para cada una episodios emocionales de la intensidad del primero, sino que una vez constituido lo que pudiera llamarse hábito histerógeno, y definida la forma de manifestación paroxística, reproduciese indefinidamente, provocada por leves contrariedades, por insignificantes desagradados unas veces, por trastornos orgánicos apenas perceptibles otras, como los que preceden o acompañan al período menstrual, y en muchas ocasiones sin causa alguna conocida. Para explicarse esta persistencia de los efectos de una emoción, acaecida a menudo con muchos años de anterioridad, y que continúa desplegando su aptitud patógena con intensidad constante, y en ausencia de toda causa emotiva actual, hánse ideado complicadas hipótesis psicológicas que pretenden encontrar la razón de dicha persistencia histerógena en especiales cualidades de las representaciones mentales o en el perturbado dinamismo de la carga emotiva que las acompaña, y en la desviación de la misma por cauces que no son los normales; en este punto, ninguna teoría es más completa, ni más profunda, ni más ingeniosa que la de Freud, que parecería perfecta si no fuera tan exagerada ni exclusivista, pero que aun con tales defectos, puede considerarse como el prototipo de las que pretenden explicar la permanencia del trastorno emotivo inicial en los histéricos, como resultado de las peculiares condiciones de los estados afectivos y de las ideas con ellos necesariamente enlazadas, pues no debe olvidarse que toda separación entre idea y sentimiento es artificial.

Yo creo que todas estas teorías que objetivan arbitrariamente las representaciones y los afectos, atribuyéndoles existencia propia y llegando hasta a considerarlos metafóricamente como cuerpos extraños incrustados en la mente del sujeto, en la que se estacionan por un tiempo indefinido, son menos verosímiles que las que buscan la solución del proble-

ma en la perturbación del funcionamiento mental mismo, prescindiendo de toda objetivación figurada de ideas, sentimientos, etc. Mi parecer es que si la emoción inicial continúa actuando durante largos años sin renovarse aparentemente, es debido a que en el momento de obrar por primera vez imprimió a la psiquis del sujeto y a la influencia de aquélla sobre el funcionalismo orgánico, una alteración en virtud de la cual se reveló la predisposición histérica hasta entonces latente, y quedó en condiciones de exteriorizarse en lo sucesivo por múltiples causas generalmente muy ligeras, y aun sin causa aparente, casi siempre con manifestaciones idénticas a las primitivas, como consecuencia del conocido fenómeno de fisiología nerviosa, llamado *iteración* (*Bahnung* de los alemanes), merced al cual, la ejecución de un acto facilita su repetición. Créase, pues, un verdadero hábito patológico, histérogénico, que explica satisfactoriamente la reproducción de las crisis, en cuya génesis, además, intervienen otras emociones actuales, la imitación, la auto o heterosugestión, etc., múltiples factores cuyo modo de acción no puedo aquí analizar, so pena de distanciarme del objeto de este capítulo. Y como la demostración aplicada a las crisis convulsivas puede extenderse a todos los demás síntomas histéricos, queda así demostrado por qué la influencia de la emoción es más frecuente en las manifestaciones iniciales que en las sucesivas.

El tercero y último punto de que he de ocuparme, es el de la categoría de los sujetos más propensos a responder con perturbaciones histéricas a la acción de las emociones. Mi práctica me ha enseñado que desde este punto de vista existe una notable diferencia entre la clase social elevada y la humilde; en la primera no aparece tan potente como en la segunda la etiología emotiva, y los motivos de esta diferencia son tan complejos, se conexionan tan diversamente con los múltiples aspectos del problema del histerismo, que su discusión completa exigiría un espacio de que no puedo disponer, por lo que me limitaré a formular una breve síntesis de los

misimos. He dicho en el capítulo primero que el histerismo es una enfermedad degenerativa; pero, aunque lo sea siempre, unos histéricos son más degenerados que otros, y bajo este respecto, los de alta clase social tienen el triste privilegio de superar a los demás, y se comprende que así sea, porque representando aquella psiconeurosis una insuficiencia mental, un alto en el progreso de la psiquis humana, natural es que entre los desheredados de la fortuna, entre los privados de los beneficios de la educación y de la cultura, se manifieste más fácilmente sin necesidad de recaer en sujetos hondamente degenerados, mientras que para germinar en individuos de mente cultivada y depurada por el trato social con personas de altas dotes intelectuales y morales, necesitan presentar aquéllos profundas aberraciones degenerativas; en pocas palabras, el histerismo se aproxima más a lo fisiológico en la clase baja por hallarse, en virtud de las condiciones sociales, la mentalidad de ésta insuficientemente desarrollada, y en la clase alta, es más patológico porque faltan las circunstancias de orden social que le favorecen y exige para su producción una predisposición y un estado degenerativo individual más acentuados. Por esta misma razón, por ser en ellos la degeneración más intensa, los histéricos, o mejor dicho, las histéricas de la clase alta, pues en ésta no se suele observar nunca dicha psiconeurosis más que en el sexo femenino, son de peor condición ética que los de las clases inferiores; son, para decirlo claramente, más inmorales, y en ellas osténtase, en la plenitud de su malhadado poder, esa infernal malignidad de que muchos autores hablan al tratar del carácter de los histéricos, pero que no es el abominable patrimonio de todos ellos. En el capítulo correspondiente me ocuparé de este importantísimo asunto de la moralidad histérica con toda la extensión que merece; aquí, por interesar a la demostración del tema que estoy discutiendo, sólo diré que el histerismo no supone un necesario coeficiente intrínseco de disminución de moralidad, que la deficiencia de ésta en los sujetos histéricos es un coefecto de la degeneración, que, a la vez que pre-

dispone al histerismo, relaja los frenos morales, y que un individuo dado será inmoral, no por ser histérico, sino por ser a la vez un degenerado, y lo será tanto más cuanto más honda sea su degeneración.

Ahora bien, en los seres inmorales, y los histéricos de las capas sociales superiores lo suelen ser, como profundamente degenerados que son, la vida afectiva se desenvuelve en términos muy distintos de los de los sujetos normales; esos individuos, dominados por un ciego egoísmo y por su obligado consorte la misantropía, son insensibles a la mayor parte de los afectos de índole altruista, que conmueven a los hombres de mente y de corazón sanos, y, en cambio cifran sus ansias en la morbosa tendencia a hacer daño, en el perverso placer que experimentan viendo sufrir a los que les rodean, verdadero goce sádico, en el sentido más amplio de este epíteto, en el de satisfacción experimentada por la contemplación del mal ajeno, aunque no se acompañe dicha satisfacción de ninguna sensación específica de voluptuosidad sexual. En esa propensión antimoral de los histéricos intensamente degenerados a engendrar el padecimiento y la aflicción en torno suyo, en esa monstruosa inversión de la emotividad que busca como estímulo el espectáculo de la pena del prójimo, reside la explicación del origen de muchos trastornos histeriformes en los sujetos a que me estoy refiriendo, y en mentalidades tan pervertidas fácilmente se comprenderá que las leyes comunes de la influencia emotiva no pueden tener aplicación, siendo sustituidas por otras más complicadas y de fundamentos psicológicos y éticos diferentes. En cambio, en los histéricos de condición social humilde, la degeneración no es, por regla general, tan marcada (claro es que reconociendo la existencia de excepciones); la anomalía psíquica es más bien cuantitativa que cualitativa, pues se trata de una insuficiencia simple y no de una perversión; no son mentes teratológicas, sino sencillamente detenidas en su desarrollo, que se han quedado más próximas de lo debido a la del niño o a la del hombre primitivo, y por eso en

ellos subsiste el mecanismo fisiológico de la emoción y de sus derivaciones, exaltado, pero no adulterado, y las causas emocionales ostentan en los mismos su máxima intensidad histerógena, viniendo a ser sus manifestaciones histéricas como una exageración de las reacciones emotivas ordinarias, según se verá en la segunda parte de este mismo capítulo.

Resumiendo los datos que mi experiencia personal hame proporcionado sobre la influencia etiológica de la emoción en el histerismo diré: *que entre las causas de los trastornos histéricos he visto figurar muchas veces las emociones, sobre todo las bruscas y violentas, que provocan como alteración primordial un estado de inhibición psíquica, al que sucede una ataxia reactiva; estas emociones influyen de una manera más patente y directa en las manifestaciones iniciales del histerismo, siendo su modo de acción sobre los accidentes tardíos más complejo y no suficientemente dilucidado todavía, aunque parece lo más verosímil que actúen por intermedio de la modificación que de un modo permanente imprimen a la afectividad del sujeto, y, sobre todo, a la forma de exteriorización de sus sentimientos. Es más evidente el influjo histerógeno de las emociones en los sujetos de clase baja, porque en ellos el proceso histérico se desenvuelve en condiciones más próximas al estado fisiológico que en los de elevado rango social, en los cuales la degeneración es más acentuada y en los que no se trata de simple insuficiencia, sino de perversión moral casi siempre.*

He expuesto ya con el necesario detalle el parecer del vulgo y los resultados de mi propia experiencia sobre la importancia de las emociones como causas del histerismo, y para terminar este asunto réstame examinar las opiniones sobre el mismo de los más competentes autores.

Desde los más remotos tiempos, los médicos que se ocuparon del histerismo recogieron la noción vulgar de su relación con las emociones, y ampliándola a la par que la depuraban, no sólo confirmaron el nexo de causalidad comúnmente admitido, sino que investigando más íntimas conexiones, muy pronto fundaron las bases de la que merece llamarse concep-

ción afectiva del histerismo, y así, en las primeras teorías patogénicas, vemos ya a éste enlazado en su génesis con motivos de orden sentimental, como los deseos contrariados, la no satisfacción de íntimas aspiraciones, la anedonia, etc., fenómenos todos éstos que vienen a sintetizarse en el irresoluble conflicto de la inadaptación, del desencanto, de la incompatibilidad entre lo real y lo esperado. Ya en la edad moderna, esta interpretación afectiva del histerismo fue reforzada por la identificación de éste con la hipocondría, opinión sustentada, como se ha visto en el capítulo primero, por Willis y por Sydenham, y después de ellos por otros muchos autores, pues tal concepto prevaleció hasta bien entrado el siglo XIX, robusteciendo la creencia en la índole afectiva de los trastornos histericos. Pero aunque casi todos los escritores, explícita o implícitamente venían desde muy antiguo relacionando al histerismo con perturbaciones diversas de orden sentimental, es lo cierto que hasta la época contemporánea no se ha intentado definir con precisión cuáles son los caracteres de dichas perturbaciones, y no se ha llevado a cabo la asimilación de la citada psiconeurosis a ciertas y determinadas manifestaciones de las muchas y variadas que constituyen la actividad afectiva. Esta subordinación del histerismo a una forma particular de sentimientos, a la emoción, constituye la medula de varias de las más recientes y famosas teorías, como la de Freud, la de Bernheim, la de Schnyder, la de Dejerine, etcétera, y tantos y tan valiosos son los sufragios que esta concepción va recabando, que con exactitud puede afirmarse que hoy se tiende a considerar a aquella psiconeurosis como una prolongación o derivación patológica de la emoción, transcendental concepto que hallará su completa demostración y su pleno desenvolvimiento en la última parte de este capítulo, circunscribiéndome aquí a indicar los puntos de vista de varios de los principales autores modernos acerca de la participación de las causas emotivas en la génesis del histerismo, porque según he indicado ya, y creo oportuno recordarlo por tratarse de una distinción muy importante, son cuestiones

diferentes, aunque mutuamente conexionadas, la de la influencia causal de los hechos emotígenos y la de la intervención de los fenómenos psicofisiológicos que constituyen el proceso de la emoción en la patogenia íntima de los trastornos histéricos, siendo el primero un problema etiológico y el segundo fisiopatológico, y no debiendo ahora ocuparme más que del primero.

La mejor documentación reciente sobre este tema, hállese contenida en las actas de las tres sesiones que el 9 y 16 de Diciembre de 1909 y el 13 de Enero de 1910, dedicaron la *Sociedad de Neurología* y la *Sociedad de Psiquiatría*, de París reunidas en común asamblea, a la discusión del *Papel de la emoción en la genesis de los accidentes neuropáticos y psicopáticos* (1)*. A esta polémica, de grandes vuelos y notable por la amplitud con que se trataron, no sólo las cuestiones patológicas de directa aplicación a la clínica, sino también los puntos fundamentales puramente psicológicos y fisiológicos, que tenían que servir de necesaria base a aquéllas, sirvió de pauta un programa que comprendía las cuatro partes siguientes: 1.^a, *problemas psicológicos*; 2.^a, *problemas fisiológicos*; 3.^a, *problemas neurológicos*, y 4.^a, *problemas psiquiátricos*, de las que eran ponentes, respectivamente, Janet, Hallion, Claude y Duprè. De varias de las opiniones emitidas en la discusión de cada una de esas partes por los oradores que en aquélla intervinieron, habré de ocuparme en lugar oportuno, reduciéndome ahora a recoger nada más que las relativas al tema concreto de que estoy tratando, o sea a las emociones como causa de las manifestaciones histéricas.

En una de las conclusiones de su ponencia, correspondiente a la parte neurológica, consignó Claude que la emoción por sí sola, no es capaz de crear el histerismo, pero puede provocar disturbios histéricos en un individuo cuya emotividad esté previamente perturbada, y así ciertos acci-

(*) Véase la nota bibliográfica al final del artículo.

dentes unánimemente calificados de histéricos, como las crisis convulsivas, parálisis y contracturas, pueden ser producidos por una emoción en ausencia de toda sugestión.

Discutiendo esta conclusión, Dejerine afirmó que las crisis convulsivas histéricas pueden provocarse sin sugestión previa por el influjo de una emoción brusca, citando varios ejemplos de observación personal, como el de una señorita que cayó presa de un acceso al leer un telegrama en el que se le anunciaba la muerte de su padre, y el de una mujer que sufrió una crisis seguida de hemianestesia, porque un bromista la arrojó de improviso un ratón muerto. Sollier se mostró también conforme en que la emoción es uno de los principales factores etiológicos de los accidentes histéricos, los cuales, en su mayoría, no son más que fenómenos de origen emotivo, disociados y fijos. Raymond declaró asimismo que había visto crisis histéricas aparecer por vez primera a consecuencia de un choque emotivo. Para Janet, la emoción desempeña el principal papel patógeno en la iniciación de las crisis; según O. Vogt, la mayor parte de los accesos histéricos cuya génesis ha podido estudiar, eran de origen emotivo, y aun en aquéllos en que intervenía la sugestión, el agente que determinaba la crisis no era ésta, sino el elemento emocional a ella asociado; Crocq emitió un parecer análogo a los anteriores, refiriendo en su apoyo ejemplos como el de una mujer que, encontrándose en una estación, vió de repente que una locomotora avanzaba rápidamente en su dirección presentándose una paraplegia flácida con contractura que tardó dos años en curar.

En frente de estas opiniones, Babinski sostuvo que estimaba a la emoción incapaz por sí sola de producir un ataque histérico característico, desempeñado en la génesis de éste el papel esencial la sugestión, una de cuyas formas más comunes es la imitación semiconsciente, pero a pesar de la habilidad con que el insigne neurólogo de la Pitié defendió su parecer, la mayoría de los presentes asintieron a la conclusión formulada por Ballet en los términos siguientes: *el cho-*

que emotivo puede ocasionar la crisis llamada generalmente histerica, y que algunos pretenden denominar simplemente crisis emotiva, pudiendo la imitación y la sugestión modificar o ampliar los síntomas de dicha crisis.

A propósito de las parálisis, contracturas y anestias hísticas se reprodujeron los mismos razonamientos, aduciéndose también ejemplos fehacientes de la producción de dichos trastornos por la influencia de la emoción. En esta parte del debate, Janet insistió largamente en la limitación del poder atribuido a la sugestión, recomendando que no se exagerara el alcance de ésta, pues es sólo un síntoma hístico como los demás y que debe estudiarse entre ellos, y asegurando que en el histerismo, como en las demás enfermedades mentales, la perturbación de las ideas no es el todo, sino que está determinada por alteraciones más profundas, que son las que engendran la sugestión lo mismo que los demás síntomas. Pítres se adhirió a la opinión de Janet, añadiendo que, según él, la idea pura y fría no acompañada de fenómenos concomitantes emotivos, es incapaz de originar los accidentes hísticos, los cuales son, por el contrario, susceptibles de producirse por los choques emocionales o por las ideas asociadas a procesos emotivos intensos; para el profesor de Burdeos, las manifestaciones del histerismo aparecen en la inmensa mayoría de los casos a consecuencia de emociones súbitas e imprevistas, siendo éstas las más frecuentes e importantes causas ocasionales de aquella psiconeurosis.

Al terminar la discusión de las relaciones entre el histerismo y las emociones, Babinski dió cuenta de los resultados, desfavorables a la opinión generalmente admitida, de las interesantes investigaciones que había llevado a cabo acerca del tema que era objeto de controversia; estas investigaciones, que versaban, no sobre sucesos individuales y aislados como en los ejemplos citados por sus contrincantes, sino sobre hechos colectivos que afectaban a un gran número de sujetos, se referían, de una parte, a las sensaciones experimentadas por los aviadores en el acto de los aterrizajes di-

fíciles, así como a los fenómenos por los que esas sensaciones se exteriorizaban, y, de otra parte, a las manifestaciones emocionales observadas por los mozos de los depósitos de cadáveres de los Hospitales en las personas que a ellos acuden a dar el último adiós a sus parientes fallecidos. Según Babinski, un médico del Aero-Club francés le ha declarado que en los numerosos aterrizajes peligrosos que ha observado, apreció en los aviadores y pasajeros diversos trastornos de origen emotivo, pero nunca crisis histéricas. En cuanto a los guardianes de los depósitos de cadáveres, el del Hospital de la Fitié le declaró que en este establecimiento ocurren, por término medio al año, 1.100 defunciones, siendo unos 700 cadáveres visitados por las familias, lo que supone el desfile de 40.000 personas en los quince años que aquel funcionario llevaba desempeñando su cargo, sin que hubiera podido observar entre tantos visitantes más que una sola vez, la producción de una crisis convulsiva, limitándose los demás a dar muestras de dolor más o menos intenso, pero casi siempre contenido dentro de los límites de la expresión fisiológica, aunque en algunas ocasiones se producían estados de violenta agitación y aun transitorias perturbaciones mentales. Análogas manifestaciones hicieron a Babinski los guardianes de los Hospitales de la Salpêtrière y de los Niños enfermos, en el último de los cuales, y en un período de dieciocho años, más de 10.000 madres desoladas han acudido a besar el cuerpo de su hijo muerto. Como consecuencia de estas amplias investigaciones, Babinski, acentuando aún más sus anteriores afirmaciones, declaró que las emociones fuertes le parecen incompatibles con la producción de accidentes histéricos, los cuales, por el contrario, especialmente las parálisis y las contracturas, ceden y desaparecen con motivo de las grandes conmociones morales.

A la demostración de Babinski opusieron serias objeciones Dejerine y Janet, manifestando el primero que las emociones histerógenas son las que sorprenden al sujeto en plena quietud cerebral, en completa tranquilidad mental, en un

estado de ánimo muy distinto de aquél de los sujetos que previamente están advertidos de que van a correr un riesgo o a recibir una impresión dolorosa. Janet puso en tela de juicio el valor del testimonio de las personas que interrogó Babinski, acaso influidas por la tendencia del interrogatorio, y añadió que los accidentes histéricos post-emotivos no son instantáneos, sino que generalmente se retrasan, no surgiendo hasta algún tiempo después de sufrida la emoción originaria.

Hablando yo ahora por mi propia cuenta, estimo a Babinski como el más alto y el más glorioso prestigio de la Neurología francesa contemporánea, y confieso sinceramente que sus enseñanzas me han sido siempre muy provechosas, y que en muchísimos asuntos he aceptado y seguido fielmente sus ideas por parecerme exactísimas y dignas de total crédito; pero en este punto concreto de que estoy tratando no puedo compartir su opinión, porque mi experiencia personal, como la de la generalidad de los observadores antiguos y modernos, es opuesta a ella, y los datos de la indagatoria llevada a cabo por el maestro de la Pitié no me parecen tampoco convincentes. No es de extrañar que los aviadores no presenten fenómenos histéricos en el acto de aterrizar, porque estas personas, tanto por sus condiciones de carácter como por el aprendizaje, el adiestramiento y la disciplina neuropsíquica a que constantemente se someten, poseen un sistema nervioso muy bien domeñado y adaptado, y, por consiguiente, faltando la predisposición al histerismo nada de particular tiene que éste no se manifieste ni aun por emociones intensas. En cuanto a la rareza de las perturbaciones histéricas en los sujetos que van a visitar en los depósitos de los hospitales a sus deudos fallecidos, me parecen muy sólidos los razonamientos aducidos para explicarla por Dejerine y por Janet, y además añadiré que mi propia práctica me ha enseñado directamente que esa rareza no es tanta como parece deducirse de los relatos que a Babinski han hecho los guardianes de los depósitos de cadáveres de París, pues durante los años que des-

empeñé el cargo de Médico de guardia en el Hospital de la Princesa de Madrid, fuí a menudo testigo de la producción de crisis convulsivas de tipo histérico en personas que recibían de improviso la noticia de la muerte o simplemente de la agravación de un individuo de su familia.

Tan generalmente aceptada se halla hoy la noción del influjo hysterógeno de las emociones, que casi sin excepción figura taxativamente consignada en cuantas obras modernas tratan del histerismo, y para la mayoría de los autores deben aquéllas ocupar el primer lugar entre las causas determinantes de las manifestaciones histéricas, según puede verse por la siguiente enumeración de las opiniones sobre dicho asunto que constan en las más importantes publicaciones contemporáneas.

Guinon (2), en su notable tesis sobre los *Agentes provocadores del histerismo*, divide a éstos en cuatro secciones, constituyendo la primera las emociones morales, como el terror, los disgustos, la cólera y todas las conmociones psíquicas que para él son las causas más comunes en la mayoría de los casos de histerismo; las otras tres secciones de agentes provocadores están formadas por los traumatismos, las intoxicaciones y las enfermedades infecciosas y generales.

Gilles de la Tourette, lo mismo en su monumental *Tratado sobre el histerismo* (3) que en el extenso artículo que acerca de esta psiconeurosis publicó en colaboración con Gasne (4) en el *Tratado de Medicina y de Terapéutica* de Brouardel y Gilbert, coloca a la cabeza de las causas ocasionales de los trastornos histéricos a las emociones morales vivas, cuya influencia, dice, ha sido reconocida siempre, pero cuya importancia ha aumentado desde que se va estudiando mejor el estado mental de los histéricos; la cólera, la pena, y sobre todo el miedo, pueden engendrar la neurosis, interviniendo en el origen de la mayoría de los casos observados.

En otro largo e importante capítulo sobre el histerismo, Dutil y Laubry (5), aunque adeptos a la doctrina de Babinski, que ampliamente exponen y en muchos puntos siguen, acep-

tan la clasificación de los agentes provocadores del histerismo propuesta por Guinon y mencionan, en primer lugar, a las emociones.

El sucesor de Charcot en la cátedra de Neuropatología de la Salpêtrière, Raymond (6) en el capítulo que al histerismo dedica en su obra titulada *Neurosis y Psiconeurosis*, analiza detalladamente la génesis de los diferentes fenómenos histéricos, combatiendo la hipótesis de su origen por mera y simple sugestión y admitiendo la influencia de las impresiones emotivas verdaderas o imaginarias, como los sueños terroríficos, por ejemplo.

En un libro de divulgación científica dedicado a las neurosis, el ilustre profesor de Psicología del colegio de Francia, Pierre Janet (7), reproduce sus ideas, que ya anteriormente he dado a conocer, sobre la génesis del histerismo, y oponiéndose también a la exagerada importancia que se ha atribuido a la sugestión, declara que después de haber analizado minuciosamente el pensamiento de un millar de histéricos, cree que éstos tienen muy rara vez la noción precisa de su accidente y está convencido de que éste se desarrolla casi siempre a consecuencia de una perturbación emocional, según leyes peculiares que el enfermo ignora completamente.

Hartenberg (8) considera como la más frecuente causa de los accidentes histéricos a las emociones, sean de causa física, como incendios, siniestros, catástrofes, etc., o de causa moral, como muerte de un pariente, decepción amorosa, contrariedad, etc.; generalmente, el sujeto bajo la acción del choque emotivo comienza por experimentar algunas reacciones emocionales, elementales y primitivas, como opresión torácica, constricción laríngea, angustia, palpitaciones, y al cabo de algún tiempo sobreviene la crisis convulsiva o bien otros síntomas histéricos. Hartenberg distingue en los paroxismos dos categorías, una la de los primitivos que suceden inmediatamente a una impresión emocionante, a título de descarga nerviosa o reacción de defensa, debiendo considerarse como reflejos emotivos normales exagerados, y

otra la de los accesos consecutivos, repetidos, favorecidos por circunstancias psíquicas particulares y que sólo ocurren en ciertos sujetos anormalmente predispuestos. Esta distinción es, aunque expresada en términos distintos y algo diversamente interpretada, igual en el fondo a la por mí expuesta como resultado de mi experiencia personal en una de las páginas anteriores al señalar la diferencia de la acción de las emociones en la primera crisis y en las sucesivas.

Bernheim (9), en su última obra sobre el histerismo, enuncia la más radical y terminante fórmula de la teoría emotígena al afirmar que *los accidentes histéricos, grandes y pequeños, en sus diversas y numerosas formas no son más que la exageración de un fenómeno habitual de orden psicofisiológico de origen emotivo*, añadiendo más adelante que en la iniciación de toda crisis de histerismo se halla un elemento emocional que pone en juego el aparato sintomático histerógeno cuando existe, es decir, que desarrolla la reflectividad exagerada en los sujetos histerizables. Esta concepción de Bernheim que fundamenta el histerismo todo en el proceso emotivo desviado de la normalidad, abarca no sólo la etiología, sino también la fisiología patológica y la patogenia entera, por lo que habré de volver a ocuparme de ella en la segunda parte del presente capítulo.

En Inglaterra no es mucho ni muy original lo que sobre histerismo se ha escrito: sin embargo, no dejaré de mencionar la opinión de Saville (10), para quien el origen de los trastornos histéricos puede casi siempre referirse a una perturbación emocional, citando ejemplos en prueba de este aserto, como el de una mujer que cayó en estado cataléptico, seguido de otros síntomas, por haber asistido a una representación teatral que la impresionó extraordinariamente; las más diversas emociones, como la cólera, el pesar, la alegría, el miedo, el terror, etc., pueden engendrar el histerismo, siempre a condición de que la predisposición exista y la intensidad de dichas causas, para que resulten eficaces, habrá de variar en razón inversa de lo acentuado de la predisposi-

ción. Ormerod (11) menciona en primera línea, entre las causas próximas del histerismo, a las emociones deprimentes agudas o acumuladas; entre las primeras enumera el terror por peligros físicos, los espectáculos inesperados de muerte u otras escenas violentas, las penas repentinas e imprevistas, como las causadas por la muerte inopinada de alguna persona querida, los desencantos y desengaños bruscos, tanto de ambición como de amor; entre las emociones que Ormerod llama acumuladas, por obrar adicionando sus efectos, figuran los reveses repetidos de fortuna, las contrariedades domésticas, las vejaciones, la desarmonía conyugal y las excitaciones intelectuales insanas, como en las prácticas de espiritismo y de hipnotismo, estas últimas cuando no son dirigidas por un médico y con un fin terapéutico. No puede negarse que las causas emocionales de esta segunda categoría, las de acción lenta, sean en algunos casos responsables de la producción de fenómenos histéricos en individuos muy predispuestos, y sobre todo, en los que ya con anterioridad han tenido manifestaciones activas de la misma psiconeurosis, pero su eficacia histerógena, como he indicado anteriormente, y según la mayoría de los autores reconocen, no puede en manera alguna parangonarse con la de las emociones bruscas, siendo de censurar que Ormerod no haya expresadamente indicado esa diferencia.

Entre los autores norte-americanos mencionaré sólo a Wharton Sinkler (12), que en el artículo sobre *Histerismo* del *Sistema de Medicina práctica*, de Lee Loomis y Gilman Thompson, declara que las influencias morales y mentales son a menudo decisivas en la génesis del histerismo, figurando muy frecuentemente entre las causas de éste el miedo, las penas y otras conmociones morales; y a Gordón (13), que en su admirable *Manual de enfermedades nerviosas*, tan conciso como completo, califica a la emoción o choque moral de la más común de las causas del histerismo.

De las obras alemanas citaré, en primer término, la magistral monografía de Binswanger (14), que forma un abultado

volumen de 950 páginas, tan nutridas de conceptos doctrinales y de documentación erudita, como de datos clínicos; en el capítulo dedicado a la etiología, el profesor de la Universidad de Jena asigna puesto preferente entre las causas ocasionales a las conmociones afectivas, estableciendo una marcada distinción entre la actuación brusca de la emociones únicas y violentas y el influjo lento y prolongado de los afectos deprimentes; aquéllas por la perturbación que el choque emotivo determina en el equilibrio psíquico, provocan a menudo la explosión de manifestaciones histéricas, sobre todo de estados paroxísticos muy intensos, según lo demuestra la experiencia diaria, y frecuentemente se observa también la aparición primera de fenómenos histéricos inmediatamente después de una emoción fuerte en personas hasta entonces indemnes de histerismo; pero Binswanger cree muy acertadamente que los afectos muy intensos, como la angustia, el terror, la cólera, etc., sólo pueden desempeñar el papel de agentes reveladores o provocadores en sujetos predispuestos, en los que previamente han intervenido causas preparadoras del proceso psiconeurótico.

Eichhorst (15), al ponderar la importancia de las impresiones de terror en la producción del histerismo, señala la frecuencia con que éste se observa en las ciudades sitiadas y bombardeadas, en las regiones en que ha habido temblores de tierra y en las personas en cuya proximidad ha caído un rayo.

Oppenheim (16), en prueba de la influencia histerógena de las conmociones del ánimo, menciona la frecuencia del histerismo en los judíos que tan crueles persecuciones han sufrido y sufren todavía hoy en algunos países; las descargas de la electricidad atmosférica y los terremotos producen a menudo parálisis que, según Oppenheim, deben calificarse de histéricas.

Para Aschaffenburg (17), los trastornos afectivos pueden repentinamente trocar una predisposición histérica latente, y por lo tanto inofensiva hasta entonces, en una enfermedad grave; son particularmente nocivas las conmociones bruscas

que en un momento perturban totalmente el ánimo y hacen perder el dominio de sí mismo, imposibilitando la serena reflexión.

Dornblüth (18), autor de un estimable tratado sobre las Psiconeurosis, en el capítulo en que se ocupa de la etiología emotiva de éstas en general, y entre ellas de la del histerismo, no sólo reconoce la influencia patógena de las emociones, sino que la analiza y trata de explicarla minuciosamente apoyándose en las ideas de Freud, que serán expuestas en el capítulo destinado al Psico-análisis, y, que por lo mismo, no examino aquí.

En una muy interesante y reciente monografía sobre las parálisis histéricas, Gaspero (19) considera como las causas más frecuentes e importantes de las mismas a los traumatismos, no sólo mecánicos, sino también a los psíquicos, *sensúgenos*, de Hartmann, como el terror, los paroxismos dolorosos y otros choques afectivos. En su *Tratado de enfermedades nerviosas*, poco ha publicado, Bing (20) también confirma la muy frecuente producción de las parálisis histéricas a consecuencia de vivos movimientos anímicos, como temor, angustia, cólera, pesar, etc.

La última monografía alemana sobre el histerismo que ha llegado a mis manos es la de Lewandowsky (21), publicada este mismo año 1914. En ella este fecundo neurógrafo se ocupa con detalle de las causas psíquicas exógenas, que divide en agudas y crónicas; las primeras comprenden los llamados tráumas psíquicos, en los que debe especialmente considerarse la acción sugestiva y desintegrante en la conciencia de los afectos y de las representaciones, orillando la cuestión de si debe estimarse como trauma psíquico el origen puramente sugestivo del histerismo por imitación, o debe, por el contrario, reputarse como un proceso distinto. Entre las causas exógenas psíquicas que obran crónicamente se cuentan, en primer lugar, la influencia del medio ambiente y de la posición social, observándose con especial frecuencia en las profesiones que exigen una estricta sujeción y subor-

dinación a la voluntad de otros, como en los criados, empleados y soldados, apreciándose, según Voss (22), un aumento progresivo de los casos de histerismo en el ejército.

Bianchi (23), sabio mentalista italiano, profesor de la Universidad de Nápoles, en los cortos pero elocuentes y bien pensados párrafos que a la etiología del histerismo dedica en su *Tratado de Psiquiatria*, menciona a las emociones vivas, las contrariedades, las pasiones exaltadas, los engaños, los reveses económicos, la pérdida de personas caras, como causas inmediatas y eficaces de las manifestaciones histéricas, pero a condición de que actúen sobre sujetos con predisposición original o adquirida.

Otro no menos célebre psicopatólogo italiano, Tanzi (24), en su *Tratado de enfermedades mentales*, también admite la influencia de las causas emotivas, como las contrariedades graves, las impresiones de espanto, etc., en la génesis del histerismo.

Pudiera prolongar más aún esta relación, ya muy larga y monótona por la uniformidad de los pareceres expresados; pero juzgo que con lo expuesto basta para demostrar la unanimidad casi completa con que los autores modernos reconocen la importancia de las emociones como agentes productores del histerismo en los sujetos predispuestos, de acuerdo con la tradicional experiencia del vulgo y con lo que mi práctica personal, humilde por ser mía, pero extensa por el gran número de enfermos observados, directamente me ha enseñado.

*Los procesos emotivos en la fisiología patológica
de los síntomas histéricos.*

Si la intervención de las emociones en la patogenia del histerismo se limitara a la frecuente provocación por aquéllas, como motivos ocasionales o pretextos, de los síntomas propios de dicha psiconeurosis, su interés sería relativamente

escaso por carecer de toda especificidad de acción; sabido es, en efecto, que no sólo en la génesis de los trastornos histéricos, según se ha probado en la primera parte de este capítulo, sino también en la de las demás psiconeurosis, en la de numerosas psicopatías y neuropatías y aun en la de no pocas enfermedades de otros aparatos y órganos influyen poderosamente las emociones; para no citar en apoyo de este aserto más que algunos ejemplos tomados de las más diversas ramas de la patología, recuérdese que está plenamente demostrado el origen emotivo de muchos casos de neurastenia, de hipocondría, de melancolía, etc.; que en la etiología de la esclerosis en placas figuran a menudo las perturbaciones afectivas, según indico en un trabajo por mí recientemente publicado (25); que entre las discrasias y distrofias, la uricemia se viene relacionando clásicamente con los pesares y otros afectos deprimentes, y en la patogenia de la diabetes, sobre todo en la de la forma llamada neurógena, tienen excepcional importancia las emociones, como demostré en otro trabajo sobre este tema publicado el pasado año 1913 (26); en las enfermedades del aparato circulatorio, las causas morales ejercen una influencia unánimemente reconocida por la Medicina tradicional y por el vulgo, y que si en los tiempos actuales de exclusivista etiología tóxica e infecciosa y de fisiopatología mecanicista a ultranza se ha descuidado un poco, no faltan clínicos eminentes, como el Dr. Espina y Capo (27), que oportunamente la recuerdan. Hasta en las mismas infecciones se deja sentir el influjo de los movimientos emotivos que por la perturbación que causan en el equilibrio tónico nervioso aminoran las defensas orgánicas, y, por consiguiente, facilitan la invasión de aquéllas.

Si las relaciones de la emoción con el histerismo se redujeran, pues, a la influencia etiológica anteriormente expuesta, como también se ejerce respecto de otras muchas enfermedades, constituiría una propiedad nada característica por ser común a muchos estados morbosos, aunque no siempre con tanta intensidad y frecuencia como en el histerismo, y por

consiguiente, no merecería que se le concediera especial atención. Pero las conexiones entre los movimientos emocionales y los trastornos histéricos son mucho más íntimas, pues prolongándose más allá del lazo de causalidad antes descrito, se hacen extensivas a todo el proceso histérico, ostentándose en toda la patogenia y patocronía del mismo.

Por eso la mayoría de las teorías modernas se hallan inspiradas en ésta que he llamado concepción emotiva del histerismo, la cual, diversamente interpretada y bajo apariencias varias, figura como fundamento de casi todas ellas, y en algunas constituye no sólo el núcleo, sino la totalidad de la doctrina, pudiendo citarse como ejemplo la hipótesis de Bernheim, de la que ya me he ocupado en el capítulo primero y de la que volveré a tratar en breve.

Puede, pues, afirmarse, que para el mayor número de los autores contemporáneos la asimilación del histerismo a los procesos emotivos es tan estrecha, que aquél viene a ser como una emoción patológica, o si se quiere mejor, una manera anormal, enfermiza, de reaccionar a las impresiones emocionantes, de suerte que los fenómenos histéricos serían los equivalentes morbosos de los hechos fisiológicos que constituyen la emoción.

Conviene, sin embargo, no exagerar este concepto y no convertir en identificación absoluta lo que sólo debe ser paralelismo o asimilación parcial; por importante que sea el papel de la emoción, no sólo en la provocación, sino también en el modo de engendrarse y desarrollarse los síntomas del histerismo, debe reconocerse que en la patogenia de éste intervienen otros factores, no sólo psíquicos, como la sugestibilidad, la imitación, etc., sino también somáticos, como las alteraciones de la reflectividad, la labilidad vasomotora, etc. No exageremos, pues, el alcance de los datos que el análisis psicológico y clínico nos proporcionan, y proclamando que en la génesis del histerismo ocupan el primer lugar la emoción y los fenómenos psicofisiológicos de ella derivados, convengamos a la par en que en aquélla intervienen también otros elementos.

Por otra parte, no se crea tampoco que la íntima patología emocional es privativa del histerismo, y adviértase bien que digo patología íntima, y no sólo etiología, pues ya se sabe, y poco ha lo he recordado, que desde el punto de vista meramente causal, la emoción influye en la determinación de muchas enfermedades; parentesco muy próximo con los fenómenos emotivos tienen muchos síndromes psiconeuróticos, propios de la neurastenia, de la psicastenia y de la hipocondría, y psicóticos como en la melancolía; y téngase presente que en estos casos, especialmente en los estados de ansiedad y angustia, propios de los psicasténicos con fobias y de los melancólicos, las manifestaciones sintomáticas se apartan menos cualitativamente de la normalidad, y, por lo tanto, se parecen más a las emociones fisiológicas que los accidentes histéricos, de tal modo que la ansiedad patológica de los enfermos de que me estoy ocupando no se distingue de la ansiedad normal por sus caracteres expresivos, sino sólo por su intensidad, por su persistencia y por su falta de motivo racional.

Hago estas observaciones para dejar perfectamente aclarado que si bien la patología del histerismo es fundamentalmente emotiva, no sólo en su origen, sino también en su mecanismo de producción, no resume la emoción toda la génesis de esta psiconeurosis, ni tampoco es peculiar exclusivamente de ella, sino que también interviene en otros procesos psicopáticos. No olvidando estas justas y fundadas reservas se evitará caer en exageraciones que, falseando los hechos, nos apartan del conocimiento de la verdad.

Admitida como exacta la noción de que el histerismo es un estado emotivo patológico, precisa determinar cuáles son los caracteres diferenciales que le separan de las emociones normales y de otros síndromes psíquicos también de base emocional, a los cuales me he referido en el párrafo anterior. En suma, es necesario señalar las particularidades y detalles que dentro de la patología emotiva dan lugar a la producción de los síntomas histéricos, en vez de los de otras psiconeuro-

sis o psicosis o de los fenómenos de las emociones normales. Esta labor de individualización es indispensable, pues sin ella, con la sola afirmación escueta de que el histerismo es un estado emotivo patológico, se expresará una verdad y se marcará una interesante orientación patogénica, pero se avanzará muy poco en la solución del problema que se discute.

Muy grandes son las dificultades con que se ha de tropezar en la empresa de diferenciar la génesis del histerismo de la de los demás estados emotivos normales o patológicos, pues ignorándose a punto fijo en lo que consiste la emoción normal, se carece de toda segura base de referencia. Las emociones son procesos complejísimos en los que convergen todas las modalidades de la actividad mental y en los que también hacen sentir su influencia las funciones orgánicas, por lo que su determinismo es extraordinariamente complejo, y a la vez su importancia es tan grande, que puede afirmarse que no es superada por la de ningún otro fenómeno psíquico, debiendo con exactitud considerarse a la emoción como resorte decisivo de la vida mental, la cual cesaría si el estímulo afectivo faltara, en cuyo caso a la actividad psíquica reemplazaría la más completa inercia por anulación del tono emotivo.

Esta importancia extrema de las emociones en el funcionamiento psíquico de una parte, y de otra lo obscuro de su conocimiento, explican que cuando se ha tratado de precisar la significación de aquéllas en la génesis del histerismo, se haya intentando previamente definir la emoción y describir sus caracteres, tanto psicológicos como fisiológicos, y así, en la memorable discusión sobre las *relaciones de la emoción con los estados neuropáticos y psicopáticos* verificada en la reunión conjunta de las *Sociedades de Neurología y de Psiquiatría de París* en Diciembre de 1909 y Enero de 1910, discusión de que ya ampliamente me he ocupado en páginas anteriores, a los temas propiamente neuropatológicos y psiquiátricos, precedieron otros, a modo de introducción, en los que se estudiaban las emociones desde el punto de vista puramente psicológico y fisiológico.

Yo también desearía, antes de avanzar más en el estudio de la génesis emotiva de los síntomas histéricos, exponer algunas consideraciones sobre el mecanismo de las emociones normales, la correlación entre sus manifestaciones psíquicas y orgánicas, y la coordinación y mutua dependencia de cada una de las fases del proceso emotivo; pero la transcendencia y extensión de este asunto, así como la confusión de conceptos que en él reinan, me obligarían a una larga digresión si hubiera de concederle todo el espacio que merece, por lo que me circunscribiré a resumir en pocas líneas el luminoso informe sobre los *Problemas psicológicos de la emoción*, presentado por P. Janet en la discusión de las *Sociedades de Neurología y de Psiquiatria de París*, a que acabo de aludir (1).

Según el profesor de Psicología del Colegio de Francia, las manifestaciones emotivas pueden distribuirse en los cuatro grupos siguientes: 1.º, modificaciones de los sentimientos y del estado general de la conciencia; 2.º, modificaciones intelectuales en forma de agitación ideativa sistemática (como el predominio de una idea de muerte, de peligro, de injusticia, etc.), o difusa (como la aparición de multitud de ideas y recuerdos inconexos, sin relación con el suceso que ha causado la emoción), o bien como alteraciones degradantes, sistemáticas o difusas de la inteligencia (aproxexia, amnesias, anestias); 3.º, trastornos de las funciones viscerales, constituidos por estados de excitación sistemática o difusa de los aparatos circulatorio, respiratorio, urinario, digestivo, etc., o por fenómenos depresivos en estos mismos aparatos; 4.º, por último, trastornos de las funciones motoras y particularmente de la acción, consistentes también en manifestaciones de excitación o de depresión, sistemáticas o difusas (gestos, contorsiones, espasmos, gritos, injurias, temblor, postración, impotencia muscular, etc.). A continuación examina Janet las diversas teorías de la emoción, repartíendolas en cuatro categorías que corresponden exactamente a los cuatro grupos de manifestaciones que acabo de enumerar y que se distinguen porque las de cada categoría atribuyen el papel pri-

mordial en la génesis de la emoción a uno de dichos grupos de caracteres, y así hay teorías sentimentales, intelectuales, viscerales (sustentadas modernamente por Lange y por W. James, pero ya enunciadas por Descartes y Malebranche) e instintivas; éstas últimas son las que aceptan como punto de partida de la emoción los fenómenos de agitación motora sistematizada que se interpretan como la repetición indefinida de actos ancestralmente ejecutados con un fin útil por nuestros antepasados y por los animales. Por último, Janet expone su propia teoría a la que llama energética o dinámica, y que toma como punto de partida uno de los fenómenos del último grupo (trastornos de las funciones motoras), la insuficiencia sistemática de la acción en las tentativas reaccionales a la causa provocadora; esta supresión o disminución de la acción se halla, según Janet, en el punto de partida de todas las emociones, y ese déficit, como hecho inicial, determina una derivación en virtud de la cual la actividad, que no ha podido desplegarse en el fenómeno superior de la acción ordenada se invierte en fenómenos inferiores, entre los que figuran la evocación de actos automáticos antiguos; pronto aparece un nuevo factor, el agotamiento, cuya intervención se prueba por la analogía, o mejor dicho, la identidad de las manifestaciones de la emoción y las de la fatiga; ahora bien, la fatiga presenta como carácter esencial la depresión del nivel mental, con desaparición de los fenómenos superiores de adaptación al presente y exageración de las operaciones inferiores por derivación, es decir, que actúa en el mismo sentido que los fenómenos precedentemente mencionados, reforzando sus efectos y produciéndose, según la expresión de Janet, un aumento progresivo a modo de bola de nieve, o más gráficamente, de avalancha. Los trastornos resultantes son muy variados, irregulares y difíciles de prever de una manera general; la excitación provocada por derivación engendra unas veces fenómenos de agitación, otras choques paralizantes e inhibidores, otras agotamientos por exceso previo de función, mientras que la debilitación de las

funciones superiores se traduce, sea por manifestaciones de parálisis, cuando es ligera, sea por estados irritativos. En resumen, la emoción es una depresión de la tensión psíquica acompañada de derivación, determinada por la insuficiencia de la adaptación y por los esfuerzos impotentes para remediar a ella.

A este esquema de Janet, que atiende sobre todo al aspecto psicológico del asunto, añadiré yo que la participación de los factores fisiológicos en el proceso emotivo es importantísima, y sin incurrir en los exclusivismos de las teorías viscerales o periféricas a que antes he aludido, es preciso reconocer que la influencia de aquéllos es decisiva, habiendo sido experimentalmente demostrada por las investigaciones modernas, las cuales han permitido también descubrir algunos interesantes detalles de su mecanismo de acción. Me es imposible entrar en minuciosas explicaciones acerca del proceso fisiológico de las emociones, cuestión de la que algo he indicado en un trabajo reciente (28); básteme recordar que hoy se admite como principal fundamento físico de la emoción el trastorno brusco, más o menos persistente, pero intenso siempre, del equilibrio vasomotor que determina profundos cambios en la tensión vascular, en la velocidad sanguínea, en el calibre de los vasos y en la distribución de la sangre en la periferia y en los órganos profundos, circunstancias todas que engendran vivas sensaciones internas y perturban hondamente ese íntimo y complejo sentimiento del funcionar del cuerpo, que es la base de nuestra personalidad física; este trastorno de la cenestesia constituye, si no la emoción toda, sí la parte principal de ella, la más transcendente y la más grave, porque es la que mayores peligros envuelve para la conservación del equilibrio fisiológico, para la salud y aun para la vida. La misma alteración cenestésica puede en condiciones anormales producirse, no exógenamente por una impresión psíquica procedente del exterior, sino endógenamente, por modificaciones orgánicas, y el estado afectivo así creado es análogo al que acompaña a las emociones de cau-

sa externa. Estos procesos emotivos autóctonos, engendrados por el alterado funcionamiento del organismo, constituyen la base de muchos estados afectivos patológicos, como en la neurastenia, hipocondría, melancolía, enfermedad de Basedow, etc., y han sido invocados como valiosos argumentos en pro del origen periférico o visceral de las emociones; pero sin necesidad de seguir en sus ideales abstracciones a los defensores de estas teorías, debe imparcialmente reconocerse que el hecho de que existan indubitables ejemplos de emotividad patológica causada por alteraciones puramente intrínsecas y orgánicas, demuestra por sí solo la importancia que los factores fisiológicos tienen en la génesis de la emoción en general. El principal de estos factores y el de acción más inmediata es, como antes he dicho, el trastorno del equilibrio vasomotor; este equilibrio hállase subordinado al tono del sistema nervioso simpático, que es el que regula el dinamismo circulatorio, y el tono simpático, a su vez, está sometido a los estímulos excitantes o inhibidores que sobre él ejercen las secreciones de las glándulas endócrinas, especialmente del tiroides, hipófisis y suprarrenales, constituyéndose así un sistema fisiológico coordinado endócrino-simpático-vascular que forma la base física de los estados emotivos e influye poderosamente en la génesis, intensidad y evolución de los mismos, siendo, no sólo capaz de engendrar por sus propias perturbaciones íntimas esos fenómenos emocionales autóctonos a que antes me refería, sino que además, por sus peculiares condiciones de funcionamiento en cada individuo y en cada momento, determina su especial tono afectivo, establece su grado de emotividad y figura como imprescindible coeficiente personal en todas las emociones de causa externa o interna. Esta intervención de las glándulas endócrinas, del simpático y de la vasomotilidad en los procesos emotivos, es muy fecunda en deducciones teóricas y prácticas, abriendo amplios horizontes no sólo a la patogenia, sino también a la terapéutica de las psicosis y psiconeurosis.

Expuestas estas sumarias nociones sobre la psicología y

la fisiología de la emoción, puedo entrar ya en el examen de las opiniones de los autores modernos acerca de su participación en la génesis de los accidentes histéricos.

He citado ya repetidas veces la teoría de Bernheim, digna por muchos conceptos de fijar nuestra atención, habiéndola señalado como tipo de las que hacen de la emoción la clave de todo el histerismo. La original doctrina del insigne profesor de Nancy, según he indicado en el capítulo primero, ostenta dos características principales. siendo la primera la limitación extrema del contenido del histerismo, que reduce a las so las crisis, y la segunda la identificación de éste con el proceso emotivo; estos dos rasgos, juntamente con el análisis minucioso y profundo de los fenómenos de sugestión, prestan a sus libros el relevante mérito de originalidad que en todos ellos se aprecia, desde el más antiguo hasta el más reciente (29), siendo también de advertir que en ellos, no obstante haberse publicado en un lapso de tiempo de treinta años, se mantiene la unidad de la doctrina, coherente y homogénea en el fondo, aunque en ella haya su autor introducido algunas ligeras variantes que le ha impuesto la experiencia clínica por él acumulada en tan dilatado período.

Para Bernheim, las crisis, únicas manifestaciones legítimas del histerismo según él, no son más que la exageración de fenómenos ordinarios psicofisiológicos, observándose en los sujetos normales que sufren una emoción violenta, trastornos que vienen a representar como los gérmenes de los síntomas de las crisis histéricas; así, un sujeto encolerizado o aterrado experimenta una sensación de constricción en la garganta y de sofocación por suspensión espasmódica de los movimientos respiratorios, mientras que otro, en análoga situación de ánimo, es acometido de temblor o de rigidez de los miembros; un tercero cae en un estado de estupor, y hasta en algunas ocasiones se producen alteraciones viscerales, como emisión de heces y orina, etc., o secretorias, como sudor copioso o sequedad de la boca.

La diferencia entre los movimientos emotivos normales y

los que engendran el histerismo, estriba en que los primeros se atenúan y resuelven espontáneamente, volviendo la tensión afectiva a su nivel habitual sin traspasar los límites de las manifestaciones fisiológicas, mientras que los segundos adquieren anómala intensidad y duración y se convierten en aparatosas y prolongadas crisis convulsivas, delirantes, catalepticas, etc., todo ello en virtud de la predisposición histerógena que posee el sujeto. Con lo expuesto basta para comprender la excepcional importancia que Bernheim atribuye a la emoción, no sólo en la etiología, sino también en la patogenia íntegra del histerismo, el cual no sería más que un estado emotivo exagerado en la intensidad de su exteriorización y prolongado en su duración, o dicho en otros términos y desde distinto punto de vista, constituiría una manera patológica de reaccionar a las impresiones emocionales los sujetos dotados de una predisposición especial o como el autor dice, de un aparato histerógeno.

La doctrina de Babinski, que representa el más poderoso movimiento crítico, opuesto a la teoría clásica de la Salpêtrière y que ha contribuido eficazísimamente a modelar el concepto moderno del histerismo, ofrece con la opinión de Bernheim, según ha podido verse en el capítulo anterior, notables puntos de contacto, sobre todo en lo referente a la limitación del campo de dicha psiconeurosis y al papel de la sugestión en la génesis de la misma; pero difiere de ella considerablemente en lo relativo al influjo de la emoción, admitido en lugar preeminente, como acabo de indicar, por el neurólogo de Nancy, y no negado, pero sí reducido a muy escasas proporciones por Babinski; las ideas de éste sobre el asunto de que estoy tratando, expuestas están con suficiente amplitud en los párrafos que anteriormente he dedicado a la controversia sobre la emoción habida en la asamblea de las *Sociedades de Psiquiatria y de Neurología de París*; allí transcritos fielmente quedan los hechos y las razones aducidos por Babinski y por sus contrincantes, y no he de volver sobre lo ya bastante explicado; sin embargo, he de hacer constar

que las exigencias de la polémica obligan a extremar lo mismo los argumentos de ataque que los de defensa, exagerando el alcance de las propias afirmaciones para desvirtuar las del contrario; por este motivo, de la lectura de la mencionada discusión, en la que Babinski combatía y los demás defendían la importancia patógena de la emoción, parece deducirse que aquél negaba toda influencia a ésta en la génesis del histerismo, y como semejante juicio no sería exacto, debo hacer la aclaración de que por la lectura de los numerosos trabajos que el famoso clínico de la Pitié ha consagrado a esa psiconeurosis, se adquiere el convencimiento de que no rechaza en absoluto la intervención de los fenómenos emotivos en la histerogénesis, pero sí limita considerablemente su importancia y no le atribuye ninguna significación específica ni peculiar en ella, por lo que no la hace figurar en su definición. De todas suertes, y aun con estas explicaciones, la opinión de Babinski, como reductora del influjo de la emoción en la patogenia del histerismo, hállase en abierta contradicción con el pensamiento de la inmensa mayoría de los autores contemporáneos; aquél, llegando al máximo de sus concesiones, reconoce a las causas emocionales una influencia simplemente etiológica, pero niega su participación en el mecanismo íntimo de producción de los accidentes histéricos, mientras que casi todos los neurólogos y psicopatólogos modernos propenden, por el contrario, a asimilar el histerismo a la emoción.

Las pruebas de este aserto y de la tesis que sustento en el presente capítulo, se encuentran en los numerosos testimonios consignados en las páginas anteriores; mas por si no bastaran, como complemento de ellos, expondré ahora el parecer de uno de los más famosos psicoterapeutas contemporáneos, de Dubois y de otros dos neurólogos de gran valer, Levi-Bianchini y Raimist, que en trabajos recientísimos se han ocupado de este asunto.

Dubois, en un interesante artículo sobre el *papel de la emoción en la génesis de las psicopatías* (31), examina la in-

fluencia de los movimientos emotivos en la producción del histerismo, de la neurastenia, de la psicastenia, de la melancolía, de la hipocondría y de la paranoia; en todos los sujetos que padecen estas enfermedades existe, según el profesor de Berna, un defecto psíquico, debido a la herencia y a los errores de educación y consistente en lo que llama *insuficiencia del juicio del valor*; también poseen todos estos enfermos una emotividad exagerada, caracterizada por los rasgos siguientes: 1.º, juicio falso acerca del valor del suceso primitivo; este falseamiento del juicio tiene siempre lugar en el sentido pesimista, como expresión de pusilaminidad; 2.º, exageración y persistencia de los desórdenes post-emocionales, porque el paciente concentra en ellos su atención, ya sea por efecto de su cobardía y debilidad de ánimo, ya por complacencia sensual histérica; 3.º, fatiga o agotamiento post-emocional que engendra molestias, las cuales sirven de pretexto a nuevas preocupaciones hipocondríacas; 4.º, permeabilidad creciente de las vías conductoras, que facilita las reacciones emocionales; 5.º, trastorno causado en el funcionamiento lógico de la mente por el influjo del estado emocional. Véase, pues, en estos conceptos de Dubois, a los fenómenos emotivos dominando la patogenia entera, no sólo del histerismo, sino también de las restantes psiconeurosis y de algunas psicosis.

Levi Bianchini (32), cuya teoría acerca de la naturaleza y origen del histerismo he discutido ya en el capítulo primero de esta obra, estima en sustancia, según se recordará, como mecanismo patogénico fundamental, a lo que llama *biosquisis del dinamismo neuroaxial*, o sea a la disociación de las funciones superiores e inferiores del sistema nervioso; en este proceso biosquisario ejercen, según el autor italiano, influencia decisiva los estados emotivos, poniendo en juego anormalmente, los mecanismos extensamente localizados en los centros subpsíquicos, que en estado fisiológico se hallan frenados por la actividad psíquica superior y determinando así la exteriorización de los fenómenos de neurosquisis que serían

característicos del histerismo. En suma, este autor supone que la emoción, tanto en estado normal como en el histerismo, actúa en el sentido de la biosquisis, es decir, de la disociación funcional nerviosa, de la ruptura de la coordinación dinámica existente entre los varios tramos del sistema nervioso, y, por lo tanto, provoca, favorece o refuerza las manifestaciones de la neurosis histérica.

Raimist (32) ha publicado recientemente un interesantísimo opúsculo muy recomendable, tanto por la sencillez y claridad de su estilo, como por lo sólido y racional de su argumentación, en el que trata de demostrar que muchos síntomas histéricos se deben considerar en su origen como emotivos, y en su persistencia y continuación como *mnemotivos*, o sea como recuerdos de emociones. En apoyo de su tesis refiere varias observaciones clínicas relativas a manifestaciones histéricas variadas, todas ellas vulgares, pero que dentro de su vulgaridad tienen gran valor probatorio, y están, además, muy minuciosa y rigurosamente analizadas desde el punto de vista psicológico. Raimist admite que todos los accidentes histéricos observados en sus casos, deben dividirse en dos categorías, siendo los de una de ellas expresiones biológicas de estados emotivos, y estando los de la otra en relación lógica con determinados procesos intelecto-emotivos. Después de examinar Raimist detalladamente las particularidades del cuadro clínico en cada una de las observaciones que refiere, llega a la conclusión de que lo genuinamente patológico en ellas no consiste en que el proceso sea consecutivo a una conmoción moral, ni en la forma de la expresión morbosa, ni en el carácter de la anormal dirección dada a las funciones afectas, sino en la duración de estas anomalías; la intervención de los procesos emotivo-intelectuales en la histerogénesis, tiene lugar determinando la parte intelectual de aquéllos la forma del síndrome, y la parte emotiva la persistencia de los trastornos. Para precisar las condiciones de esta conexión entre los estados emocionales y el histerismo, se extiende Raimist en largas consideraciones sobre la relación entre el

aspecto subjetivo de las emociones y sus caracteres exteriores, y sobre los cambios de dichas relaciones según la edad, educación, condición social, etc., del sujeto, citando extensamente los estudios de Darwin acerca de la interpretación filogenética de los movimientos expresivos de los sentimientos en el hombre y en los animales. Como resultado de este análisis psicobiológico, sienta Raimist la conclusión de que en el hombre adulto la reacción emotiva a toda excitación está condicionada: 1.º, por la reacción biológica congénita, y 2.º, por la reacción individual, resultado del influjo de la experiencia personal adquirida en el curso de la vida. Desde otro punto de vista distinto, la reacción emotiva depende de dos grupos de causas: 1.º, el tono neuropsíquico del sujeto en el momento de producirse la emoción, y 2.º, la intensidad de la excitación, sea externa (como luz, sonido), o interna (pensamiento, sentimiento). El tono neuropsíquico individual a su vez, en un momento dado se define: *a*), por las aptitudes funcionales congénitas del sistema nervioso; *b*), por el estado de fatiga de éste en el momento que se considera; *c*), por el nivel de la evolución mental (intelectual, afectiva, volitiva) del sujeto; *d*), por su especial preparación para recibir el correspondiente estímulo (como el temor, el deseo; la expectación, etc.).

Raimist suscita, para completar su tentativa de explicación patogénica de los síntomas histéricos, el importantísimo problema psicológico del recuerdo de las emociones; éstas tienen importancia en la vida mental, no sólo como reacciones a los estímulos actuales, sino también porque poseen la propiedad de reproducirse aún largo tiempo después que la excitación emotiva original se ha desvanecido. Estas reproducciones remotas de emociones previamente sentidas se denominan recuerdos emotivos, y acerca de su interpretación no existe unanimidad entre los psicólogos, pues mientras la mayoría admiten que en tales casos no se trata propiamente de emociones recordadas, sino de emociones actuales provocadas en el momento mismo por la remembranza, no de un senti-

miento anterior, sino del suceso que provocó en fecha pasada ese sentimiento, otros, y entre ellos Ribot (34), suponen que existe un verdadero y legítimo recuerdo de las emociones pasadas, constituyendo el carácter fundamental y el criterio distintivo de las evocaciones afectivas, el hecho de ser reconocidas como ya experimentadas, y por lo tanto, más o menos vagamente localizadas en el pasado. A esta hipotética clase de recuerdos los llama Raimist *mnemotivos*, y como se ha visto anteriormente, atribúyelos gran importancia en la patogenia del histerismo.

Si me es permitido elevar mi humilde voz en esta transcendental controversia psicológica, haré constar que me parece incompatible la admisión de las *emociones-recuerdos* con los datos que poseemos acerca del funcionamiento mental, y que únicamente puede concebirse la aceptación de la existencia de aquéllas por una confusión de términos o por una elisión, por la supresión de un concepto en la serie de los que forman el razonamiento falseado. La emoción, en su doble aspecto psíquico y fisiológico, únicamente se comprende como un fenómeno actual, particular y distinto en cada instante de la vida, e incapaz de repetirse idéntico a sí mismo en momentos diversos, pues cada tentativa de reproducción habrá necesariamente de tolerar la ineludible ingerencia de factores nuevos, que influirán en la resultante afectiva, y, por lo tanto, ésta no podrá ser igual a la emoción original que se pretende copiar. No nos es posible sentir idénticamente en dos instantes distintos de nuestra vida; en nuestra historia psíquica no existen nunca dos estados emocionales exactamente iguales, y como además la emoción no puede jamás concebirse sin la intervención de elementos actuales que engendran un resultado peculiarísimo, ni copiado ni copiable, no es aceptable el supuesto de que tales estados sean intrínsecamente recordables, puesto que en cada momento sentimos cómo el tono afectivo, cómo la sinergia psicofísica que regula nuestros sentimientos, quiere que en ese momento sintamos. En el instante de perder a un sér queri-

do experimentamos una pena desgarradora, al siguiente día continuaremos desolados, pero nuestro estado afectivo ya no será el mismo que la víspera, y un año después podrá subsistir nuestro dolor y aumentarse al recordar el día de la irreparable desgracia, pero nuestros sentimientos, por acerbos que sean, no serán jamás los mismos que entonces, y si por un esfuerzo de imaginación tratamos de representarnos los caracteres y la intensidad de nuestro desconsuelo en aquella fecha, sólo lo lograremos en el terreno ideológico y como objetivándolo o como refiriéndolo a un sujeto que no fuera el *yo* presente. Nuestras emociones son siempre actuales; la actualidad es un imprescindible atributo inherente a las mismas, bastando para asegurar la exactitud de este aserto la participación que en ellas toman los factores fisiológicos, los cuales sólo son puestos en juego por causas *in actu*.

Ahora bien, demostrada en el orden abstracto la imposibilidad de aceptar emociones-recuerdos en el sentido estricto que acabo de combatir y reconocida la necesidad de admitir en todo acto de recuerdo un elemento primordial de representación ideativa, añadiré que en la práctica importa mucho distinguir entre las evocaciones mnésicas que no repercuten apenas en la esfera de los sentimientos y que no modifican de una manera sensible el tono afectivo, desenvolviéndose de modo casi exclusivo en el campo intelectual, y aquéllas otras, por el contrario, susceptibles de producir siempre que son recordadas una enérgica y profunda conmoción moral, y a las que, por lo tanto, se las debe considerar como dotadas de una poderosa aptitud emotígena; en los recuerdos de esta segunda categoría, el elemento ideativo, aunque existente, queda obscurecido por la intensidad de la emoción que engendra, con una rapidez tal que impide la apreciación de la previa brevísima etapa de representación intelectual; a esta clase de reproducciones conmemorativas puede muy bien aplicarse la calificación de mnemotivas empleada por Raimist, sin más diferencia que la de que éste las considera como puras emociones-recuerdos, y yo estimo, por las razones antes dichas,

que existe siempre en ellas un factor ideativo, aunque reducido a expresión mínima; pero salvo esta divergencia, sin importancia práctica, son comunes a ambos conceptos todas las deducciones referentes a la influencia de estos recuerdos mnemotivos en la vida afectiva, y en especial en la producción de los accidentes histéricos, cuya persistencia y repetición indefinida con apariencias de espontaneidad, se explicaría por la acción de dichas representaciones mnésicas y por la intensa acción emotígena a ellas ligada.

Todas las opiniones que he expuesto y criticado en esta segunda parte del presente capítulo, vienen a demostrar que, con diferencias en los detalles interpretativos, la generalidad de los autores contemporáneos coinciden en admitir la íntima subordinación de los fenómenos histéricos a los procesos emotivos, no sólo en su filiación causal, sino también en todo su mecanismo de producción. La emoción insinúase por doquiera en la patogenia de los síntomas histéricos, llevando a ésta todos sus misteriosos problemas fisiológicos y psicológicos, de los cuales es el más arduo el de la enigmática relación entre lo espiritual y lo corpóreo, pero al mismo tiempo eleva el rango del histerismo, transformándole de mero accidente morboso en proceso de alta significación biológica, ligado con los más íntimos resortes de la actividad mental y equivalente en el orden patológico a importantísimas funciones psíquicas. Este consorcio de la citada psiconeurosis con los estados emotivos ha de favorecer notablemente al conocimiento de aquélla y de éstos, pues si de una parte las investigaciones de psicología normal contribuyen a aclarar la patogenia y la fisiología patológica del histerismo, recíprocamente, los estudios clínicos acerca de éste ayudan extraordinariamente a la dilucidación de no pocas cuestiones psicológicas y de fisiología del sistema nervioso.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—*Actas de la reunión mixta de las Sociedades de Neurología y de Psiquiatría de París*, sesiones de 9 y 16 de Diciembre de 1909 y 13 de Enero de 1910. (*Revue Neurologique*, II, pág. 1.550, 1909).
- 2.—GUINON: *Les agents provocateurs de l'Hystérie*. Tesis de París, 1889.
- 3.—GILLES DE LA TOURETTE: *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*. París, 1891-1895.
- 4.—GILLES DE LA TOURETTE y GASNE: art. *Hystérie* in *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, de Brouardel y Gilbert. Tomo X, pág. 195. París, 1902.
- 5.—DUTIL y LAUBRY: art. *Hystérie* in *Traité de Médecine*, de Bouchard y Brissaud, 2.^a edición. Tomo X, pág. 713. París, 1905.
- 6.—RAYMOND: *Névroses et Psychonévroses*, lecciones profesadas en el Hospicio de la Salpêtrière. París, 1907.
- 7.—JANET: *Les Névroses*. París, 1909.
- 8.—HARTENBERG: *L'Hystérie et les hystériques*. París, 1910.
- 9.—BERNHEIM: *L'Hystérie*, págs. 71 y 74. París, 1913.
- 10.—SAVILLE: *Lectures on Hysteria*, pág. 177. Londres, 1909.
- 11.—ORMEROD: art. *Hysteria* in *System of Medicine*, de Clifford Allbutt y Rolleston, 2.^a edición, vol. VIII, pág. 690. Londres, 1910.
- 12.—WHARTON SINKLER: art. *Hysteria* in *System of Practical Medicine by Americans Authors*, de Lee Loomis y Gilman Thompson, volumen IV, pág. 692. Londres, 1898.
- 13.—GORDON: *Diseases of the Nervous System*, pág. 366. Londres, 1908.
- 14.—BINSWANGER: *Die Hysterie*, pág. 64. Jena, 1904.
- 15.—EICHHORST: *Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten*, página 782. Berlín, 1907.
- 16.—OPPENHEIM: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 5.^a edición. Tomo II, pág. 1.200. Berlín 1908.
- 17.—ASCHAFFENBURG: art. *Hysterie* in *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, de Curschmann, pág. 748. Berlín, 1909.
- 18.—DORNBLÜTH: *Die Psychoneurosen*, pág. 392. Leipzig, 1911.
- 19.—GASPERO: *Hysterische Lähmungen*, pág. 34. Berlín, 1912.
- 20.—BING: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, pág. 567. Berlín, 1913.
- 21.—LEWANDOWSKY: *Die Hysterie*, pág. 134. Berlín, 1914.
- 22.—VOSS: *Krankheit und soziale Lage*. Munich, 1913.
- 23.—BIANCHI: *Tratatto di Psichiatria*, pág. 533. Nápoles (sin fecha).
- 24.—TANZI: *Trattato delle Malattie mentali*. Milán, 1905.
- 25.—FERNÁNDEZ SANZ: *Revista Clínica de Madrid*, número 24, 1913.

- 26.—FERNÁNDEZ SANZ: *Los Progresos de la Clínica*, número 2, 1913.
 - 27.—ESPINA Y CAPO: *Actas de la Real Academia de Medicina de Madrid*, sesión del 21 de Marzo de 1914.
 - 28.—FERNÁNDEZ SANZ: Las secreciones internas en relación con la Patología mental, *Los Progresos de la Clínica*, número 3, 1914.
 - 29.—BERNHEIM: *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. París, 1884.—Conception nouvelle et etiologie de l'Hystérie, *Bulletin Médical*, pág. 937, 1902.—Definition et traitement curatif de l'Hystérie, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1907.
 - 30.—BABINSKI: Suggestion, emotion, hystérie, *Revue Neurologique*, 1907.—Demembrement de l'hystérie traditionnelle, *Semaine médicale*, número 1, 1909.—Emotion et hystérie, *Journal de Psychologie normale et Pathologique*, número 2, 1912 (en colaboración con Dagnan Bouveret).
 - 31.—DUBOIS: Rôle de l'Emotion dans la Génese des Psychopathies, *Revue médicale de la Suisse romande*, número 8, 1913.
 - 32.—LEVI-BIANCHINI: *L'Isterismo dalle antiche alle moderne dottrine*, página 318. Padua, 1913.
 - 33.—RAIMIST: *Hystérie: zur Frage über die Entstehung hysterischer Symptome*. Berlín, 1903.
 - 34.—RIBOT: *Problèmes de psychologie affective*. París, 1910.
-

III

HISTERISMO Y MENTALIDAD FEMENINA

Como la etimología misma de su tradicional denominación indica, se ha tenido siempre al histerismo como vinculado en el sexo femenino, y esa designación clásica que expresando la subordinación de dicha enfermedad al más importante de los órganos del aparato genital de la mujer, atestigua un antiquísimo error hasta poco tiempo ha no rectificado, ha resistido triunfalmente a las tentativas de sustitución por otro vocablo más en armonía con las concepciones patológicas modernas.

Aunque ya en la Edad Antigua, un autor de tan universal prestigio como Galeno, afirmó la existencia del histerismo en el hombre (véase el capítulo primero), esta psiconeurosis se ha considerado siempre como propia de la mujer, enlazada con sus atributos sexuales somáticos según las ideas dominantes en siglos pasados, o psíquicos en época más aproximada a la nuestra, y los raros casos que se citaban en el hombre se tenían como rarezas y excepciones apenas dignas de ser tenidas en cuenta, o como errores de diagnóstico; contribuyó a consolidar el dogma del histerismo ateción exclusivamente femenina, la opinión reinante en los siglos xvii y xviii acerca de las relaciones entre aquél y la hipocondría, suponiéndoles enfermedades equivalentes en sexos distintos, en la mujer el primero, en el hombre la segunda; esta concepción nosoló-

gica que rechazaba la existencia del histerismo masculino, o mejor dicho, que le negaba el nombre de tal, aplicándole el de la hipocondría, fue, no obstante su evidente arbitrariedad, defendida por los más ilustres prestigios médicos de los citados siglos, y aun se encuentran vestigios de ella en pleno siglo xix. No poseen esas dos psiconeurosis las analogías sintomáticas requeridas para justificar tal paralelismo, y si sabemos hoy que existen y en todos tiempos han existido, hasta en los muy remotos de Galeno, patentes casos de histerismo masculino, y también sabemos que en la mujer la hipocondría se manifiesta por los mismos síntomas que en el hombre, de suerte que la asimilación sustentada por los autores de los siglos xvii y xviii constituye un indefendible error explicable sólo por el prejuicio teórico de la vinculación del histerismo en las hembras.

Hoy es cosa ya perfectamente reconocida y admitida como verdad inconcusa por todo médico, la existencia de trastornos histéricos en el hombre; pero al mismo tiempo la experiencia enseña que es en éste mucho más raro que en la mujer, aunque lo va siendo menos desde que el desarrollo de la industria, de una parte, y la legislación sobre accidentes del trabajo de otra, han fomentado la producción de casos de neurosis traumáticas, entre las que ocupa lugar preferente el histerotraumatismo; más descontando esta especial modalidad de histerismo, en todas las demás formas el número de hembras es ahora, como lo ha sido siempre, muy superior al de varones. No es fácil expresar en cifras precisas esta diferencia en el porcentaje de ambos sexos, pues las fijadas por los diversos autores varían bastante, según la época, el país y la clase social en que practicaron sus observaciones; así mientras que a mediados del pasado siglo xix, Briquet (1)* calculaba la proporción en un hombre por 20 mujeres, Gilles de la Tourette (2), cuarenta años más tarde,

(*) Véase la nota bibliográfica al final del capítulo.

la hacía ascender a un varón por dos hembras, proporcionalidad que, a juzgar por mi propia experiencia, me parece considerablemente exagerada; más aproximada a la realidad de los hechos considero la estadística de Jolly (3), para quien el porcentaje sería de un hombre por cinco mujeres, y más aún la de Oppenheim (4), que señala las cifras de uno de aquéllos por seis a diez de éstas; Pitres (5), en cambio, acercándose a la proporción de Gilles de la Tourette, la fija en uno por tres, mientras que P. Marie y Souques (citados por Binswanger) (6), invirtiendo los términos hasta entonces unánimemente admitidos, publicaron estadísticas en las que el número de histéricos varones era muy superior al de las hembras, contando dos de los primeros por una de las segundas Souques, y ocho de aquéllos por una de éstas P. Marie; es de advertir que estos dos autores utilizaron como material de investigación los enfermos de hospitales comunes, pertenecientes a la clase baja, en la que el histerismo masculino es mucho más frecuente que en la elevada; pero, a pesar de esta aclaración, no creo que las cifras señaladas puedan estimarse como exactas. Las diferencias del porcentaje, según los países y aun según las localidades de un mismo país muéstranse muy claras en las estadísticas de Löwenfeld (7), que halló el 1 por 7 en el Hospital de la Charité de Berlín, y el 1 por 17 en Munich; en la de Leuch (8), que le fijó en 1 por 6 en Zurich, y en la Saville (9), según el cual es de 1 por 14 en Londres.

Pudiera multiplicar las citas de estadísticas todas ellas diferentes, pero con las expuestas basta para demostrar las enormes divergencias que entre ellas existen, desde el 1 por 20 de Briquet, hasta el 8 por 1 de Marie, contraste que se aprecia mejor expresado en la forma siguiente: para aquél, por cada 100 histéricas existen cinco histéricos; mientras que para éste, por cada 100 de las primeras hay 800 de los segundos, es decir, 1775 casos de histerismo masculino de diferencia entre el cómputo de uno y otro autor, calculado sobre la base fija de 100 casos femeninos!

No puedo consignar en cifras exactas los resultados de mi experiencia personal, porque de muchísimos casos por mí observados no conservo datos, y en los que guardo registrados la proporcionalidad está falseada, pues siempre llaman más la atención los que recaen en hombres por su rareza misma, y sobre todo si se trata de histerismo traumático, que casi siempre ofrece interés, no sólo clínico, sino también médico-legal, mientras que la mayoría de las observaciones de trastornos histéricos en mujeres, por su vulgaridad, no se consideran dignas de ser archivadas; así y todo, en los casos de que conservo notas, superan en mucho los femeninos a los masculinos, y en el conjunto de mi total experiencia, la ventaja a favor de aquéllos, debe, por las razones que acabo de exponer, estimarse como mucho más elevada. De todas las proporciones que en el párrafo anterior he expuesto, me parece la más aproximada a los datos de mi práctica personal la de 1 por 6 como porcentaje global, pero esta relación numérica necesita ser analizada separadamente en los tres casos siguientes 1.º, en el histerismo traumático; 2.º, en el histerismo no traumático en la clase baja, y 3.º, en el mismo en la clase alta.

El histerismo traumático se observa con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer, lo que fácilmente se comprende por estar aquél, dado su género de vida, mucho más expuesto que ésta a la acción de violencias exteriores que comprometen la normalidad de su funcionamiento psíquico y nervioso; aplicada a esta forma de histerismo la proporción de ocho hombres por una mujer, señalada por P. Marie, me parece no sólo verosímil, sino acaso inferior a la realidad, sobre todo en medios sociales como el nuestro, en los que la mujer apenas si participa en el trabajo fabril, manufacturero, etcétera. Yo, habiendo tenido ocasión de observar ya más de un centenar de histéricos por traumatismo, no recuerdo haber visto ningún caso en el sexo femenino, y en las publicaciones científicas son también éstos bastante raros, contrastando esta escasez con la manifiesta predisposición del sexo débil a los accidentes histéricos.

En la clase social inferior, el histerismo no traumático ocurre con relativa frecuencia, tanto en hombres como en mujeres, pero notablemente más a menudo en éstas; la proporción relativa ha de variar necesariamente mucho, según las condiciones de raza, de costumbres, de ocupaciones de cada uno de los sexos, de creencias, de instrucción, etc.; pero como término medio puede aceptarse el porcentaje de un hombre por seis mujeres antes indicado, y siendo de advertir que esta proporción se eleva en el medio rural, en el que se tiende a la nivelación o equiparamiento de los sexos, según se verá en uno de los capítulos siguientes.

En las altas capas sociales el histerismo masculino es una inusitada rareza, tan excepcional, que en quince años de práctica neuropatológica yo no he visto más de una docena de casos, y eso reducidos a meras manifestaciones transitorias, accidentales, que distaban mucho de constituir un estado crónico permanente, y eran, por lo tanto, muy diferentes de lo que suelen ser los trastornos histéricos en los varones de condición humilde y en las mujeres de todas las categorías. En los hombres de la clase media y alta, por regla general cultos y acostumbrados al trabajo, o, por lo menos, al ejercicio intelectual desde la niñez, las perturbaciones psiconeurósicas no adoptan la modalidad histérica, propia de las mentalidades detenidas en su evolución e insuficientemente cultivadas, sino que se presentan bajo la forma de neurastenia, de psicastenia, de hipocondría, etc. En cambio, en las mujeres de clase elevada el histerismo es frecuente, y en ellas, según he indicado ya en el capítulo II, reviste más graves caracteres que en las de baja condición, por ser expresión de un más profundo estado degenerativo. Casi todos los tratadistas, y en especial los franceses, siguiendo las huellas de Charcot y Gilles de la Tourette, reconocen esta acentuación de la diferencia numérica de los casos de histerismo masculino y femenino en las altas capas sociales.

Es, pues, una afirmación exacta, demostrada por la experiencia de muchos siglos y por el testimonio de todos los au-

tores, la de que el histerismo, sin ser enfermedad exclusiva de la mujer, es mucho más frecuente en ésta que en el hombre, sin más excepción, justificada por las razones oportunamente expuestas, que la del histerotraumatismo, y reconocida esta verdad como fiel expresión de los hechos precisa explicarla, investigando cuáles son los motivos de esta predilecta presentación de los trastornos histéricos en el sexo femenino.

Nada más sencillo que la interpretación de esa preferencia cuando se suponía que el histerismo estaba patogénicamente ligado a disturbios del aparato genital de la mujer y especialmente del útero; ya se tratara de las dislocaciones y movimientos de éste, imaginados por Hipócrates; ya de la corrupción en el mismo de la materia seminal, sospechada por Galeno; ya de la irritación de los nervios que en él se distribuyen y de los plexos vecinos, según se pensaba en el siglo XVIII y a principios del XIX. Pero todas estas teorías uterinas, lo mismo la migratoria que la humoral y la neuroesplácnica, hubieron de ser sucesivamente abandonadas porque los progresos de la ciencia experimental fueron demostrando su falsedad, y triunfante la doctrina de la histerogénesis nerviosa, que preparó el camino a la concepción psicógena, hoy generalmente admitida, había que buscar nuevos motivos más recónditos que los antiguos, y por lo mismo menos fáciles de descubrir, para explicarse la mayor frecuencia del histerismo en la mujer, y a la vez era preciso que esos motivos sirvieran también para justificar los raros casos observados en el hombre; es decir, que el problema, expresado de la manera más concisa y más clara posible, se planteaba en los términos siguientes: averiguar a qué propiedades de las peculiares del sexo femenino debe atribuirse su predisposición al histerismo e inquirir si esas propiedades existen también en los hombres que padecen dicha psiconeurosis.

Las citadas propiedades, que legítimamente merecen el nombre de histerógenas, deben buscarse en lo somático y en lo psíquico; más para ordenarlas según su categoría de importancia, es preciso tener presente el concepto que del his-

terismo y de su origen ha sido expuesto al final del capítulo primero. No es pertinente la repetición aquí de la larga serie de consideraciones en aquel lugar consignadas y que me condujeron a la conclusión de que el histerismo es una enfermedad inicial y fundamentalmente psíquica en la que se presentan, es cierto, síntomas dependientes de alteraciones de las diversas porciones del sistema nervioso, pero todos ellos subordinados a una originaria anormalidad mental, relación de dependencia que se expresa gráficamente en la fórmula patogénica, según la cual, en la génesis del histerismo la alteración psíquica es el *primum movens*, y los trastornos nerviosos figuran, no como impulsores, sino como mecanismos ejecutores o de expresión de la perturbada conexión neuropsíquica.

Así comprendida la manera de engendrarse el histerismo, lógico es que los caracteres propios de la feminidad que a padecerle predisponen deban, ante todo, buscarse en la esfera mental, y, por lo tanto, en los rasgos peculiares de la mentalidad femenina que tengan aplicación a la histerogénesis habré de fijarme especialmente, sin perjuicio de mencionar también a continuación las particularidades de las funciones nerviosas de la mujer que sean susceptibles de ser consideradas bajo ese mismo aspecto.

Sin que pretenda hacer un análisis completo de la psicología femenina, ni mucho menos un estudio comparado del funcionamiento mental de los dos sexos, sí debo exponer algunas previas consideraciones sobre la significación de las diferencias que entre ambos existen.

El sexo, netamente definido somáticamente en los casos normales por la morfología de los órganos genitales en los que radican los llamados caracteres sexuales primarios, acompáñase de otras diferencias menos esenciales que las anteriores, menos acentuadas, más graduadas y variables en sus manifestaciones, pero tan importantes en su conjunto como aquéllas para completar los atributos del sexo, y que refiriéndose a particularidades de la conformación y de la activi-

dad orgánicas y del funcionamiento mental se denominan caracteres sexuales, secundarios, somáticos y psíquicos (o terciarios), respectivamente. Estos caracteres ascienden a un número incontable, pues apenas hay órgano ni función, tanto corporal como anímica, en la que un minucioso examen no permita apreciar diferencias, según se trate del varón o de la hembra, desde la secreción urinaria o el peristaltismo intestinal, hasta las determinaciones volitivas o el tono afectivo. Constituyen todos estos caracteres por sus múltiples combinaciones una infinita gama de matices que van dentro de cada sexo, desde la más típica expresión de la característica del mismo, con marcadísimas y aun exageradas manifestaciones de sus rasgos peculiares hasta las formas mixtas, neutras o híbridas, en las que mezclándose las propiedades de uno y otro sexo, parecen atestiguar la indecisión de la naturaleza que engendra seres anómalos por insuficiente diferenciación sexual.

No se distinguen, pues, los sexos por una propiedad única, ni siquiera por un sistema de caracteres rígida y necesariamente enlazados, formando un sólo bloque homogéneo y coherente, sino que el conjunto de los rasgos diferenciales es sumamente maleable, capaz de admitir múltiples combinaciones variadas de sus elementos componentes, y constituye como un mosaico de dibujos y matices diversos en cada individuo, porque dentro del mismo sexo la fórmula de diferenciación no es uniforme, pudiéndose afirmar que no existen dos varones ni dos hembras con idéntica característica sexual.

No todos estos caracteres diferenciales del sexo son congénitos ni se hallan fatalmente ligados con la intrínseca evolución del individuo. Muchos de los rasgos distintivos que apreciamos en los sujetos de sexo distinto llegados a su pleno desarrollo somático y psíquico son producto de la educación, del trato con las demás personas, de la imitación, de la influencia del medio ambiente, cósmico y espiritual, en suma; estos caracteres adquiridos varían mucho según las condicio-

nes étnicas y sociales, las cuales favorecen en unos casos y se oponen en otros a las diferencias entre los dos sexos; pero en todos los países civilizados, y especialmente en la población culta de los mismos, tienen considerable importancia, acentuando notablemente las divergencias naturales, y por lo mismo deben ser tenidos muy en cuenta en todo estudio comparativo de los sexos.

Toda esta multiplicidad de caracteres orgánicos y psíquicos, primarios, secundarios y aun terciarios, innatos los unos y adquiridos los otros, mutuamente coordinados todos y en relaciones de recíproca dependencia, explican la complicación extraordinaria del proceso de diferenciación sexual y lo arduo de los problemas que con ella se relacionan, entre los cuales figura el que constituye el tema del presente capítulo, el de las relaciones entre el histerismo y la mentalidad femenina. Obligado a ser muy conciso y a la vez todo lo más claro posible, procuraré seguir el camino más corto para llegar rápidamente a la solución que a mí me parece más satisfactoria del citado problema, estimando como el procedimiento más oportuno el de exponer a grandes rasgos el desarrollo de las características sexuales y la aparición de los primeros perfiles distintivos, sobre todo de los referentes a la actividad mental.

El niño, pese a las afirmaciones de Freud, quien equivocadamente, a mi parecer, le supone dotado de una intensa sexualidad, debe, en mi concepto, considerarse como asexual o neutro durante los primeros años de su existencia; no cabe duda de que en él se contienen en potencia todos los elementos de la diferenciación sexual que luego han de revelarse; pero en la infancia sólo se desenvuelven en acto las manifestaciones del instinto de conservación en su más extensa comprensión y en su más amplio sentido; instinto de conservación que libre de toda traba convencional y reflexiva se exterioriza en todos los actos infantiles, esencialmente egocéntricos. En la primera infancia debe, pues, buscarse el punto de partida de la divergente evolución sexual, o dicho en otros

términos, el cero de la escala de la sexualidad; pero a pesar de su evidente carácter neutro, en la constitución tanto somática como psíquica del niño, aprécianse propiedades que se conservan en gran parte en los individuos adultos pertenecientes a uno de los sexos, al femenino; de suerte que en éste la transformación sexual no es tan profunda como en el masculino, y al lado de varios rasgos peculiares adquiridos en la crisis puberal y después de ella, se mantienen muchos otros propios de la infancia, como son, en lo corpóreo la delicadeza del tegumento externo, el escaso desarrollo del sistema piloso, la redondez de las formas, la labilidad vasomotora, la hipereflectividad, y en lo mental la emotividad exagerada, el predominio de lo afectivo sobre lo intelectual, el escaso poder de síntesis y de abstracción, etc., circunstancias todas ellas que pueden condensarse en una fórmula breve diciendo que en la mujer persisten muchos de los caracteres del niño, constituyendo en ella un estado de infantilismo o mejor de puerilismo fisiológico permanente, con evolución mental poco acentuada (en términos generales y reconociendo las excepciones que en éste como en todos los órdenes de la naturaleza existen), mientras que en el hombre la metamorfosis de la pubertad es más completa y más radical, y la evolución psíquica alcanza un nivel superior.

En estas conclusiones, a las que lógicamente he llegado por el breve examen que acabo de hacer de la evolución sexual, encuéntrase la clave del problema de las relaciones entre el histerismo y la mentalidad femenina; pero antes de desentrañar las consecuencias que de aquellas consideraciones se deducen, dando así por terminado el presente capítulo, quiero ahondar algo más en el análisis del proceso de la diferenciación sexual, señalando las causas probables a que ésta obedece. Como he dicho antes, el niño, en los primeros años de su vida, debe considerarse como indiferente desde el punto de vista del sexo, aunque lleve en sí en potencia los gérmenes de su diferenciación futura, ostensibles materialmente en la morfología de sus órganos genitales, pero dinámicamente

todavía silenciosos, y sobre todo en la esfera psíquica, inactivos. Mucho antes de que las glándulas genitales pongan en juego su secreción externa, determinando así la crisis de la pubertad, comienzan a manifestarse de una manera subrep-ticia, insidiosa, pero progresivamente acentuada, las divergencias sexuales, y así, en la segunda infancia, se aprecian ya claramente las diferencias de carácter, de tendencias, de actividad muscular, de aptitudes, etc., entre los varones y las hembras, siendo del dominio vulgar el conocimiento de la diversidad de aficiones a juegos, a ocupaciones, etc., que entre unos y otros existen. ¿A qué se debe esta misteriosa transformación que lenta y precozmente se va verificando en una época muy temprana, en la que aún el instinto sexual no se manifiesta, o a lo sumo sólo acierta a balbucear algunos vagos e indefinidos deseos? Sólo será posible una respuesta plenamente satisfactoria cuando se reconozca todo el determinismo de la evolución biológica, tan oscura hoy, pero por lo pronto destácase ya una influencia de evidente acción, la de la secreción interna de las glándulas sexuales mismas, cuya función endócrina es anterior a la exócrina, comenzando a dar muestras de actividad mucho antes que ésta. La intervención de la secreción interna del testículo y del ovario en la producción de los caracteres sexuales, se prueba porque éstos no aparecen, o se borran si se habían establecido ya, en los sujetos privados natural o artificialmente de dichas glándulas (para más detalles véase en mis *Lecciones sobre las enfermedades de las glándulas de secreción interna* (10), el capítulo dedicado a los infantilismos y a las inversiones del tipo sexual, como el eunucoidismo, virilismo, etc). Está probado también que no sólo las glándulas sexuales, sino también otras de secreción interna, como el tiroides, la hipófisis, la glándula pineal (Frankl-Hochwart (11), las suprarrenales, etcétera, intervienen en la evolución sexual; pero su importancia, desde este punto de vista, es inferior a la del testículo y del ovario, que son las directamente ligadas a la mencionada diferenciación de los sexos. Ahora bien, siendo la intensi-

dad y el alcance de la metamorfosis determinada por la evolución sexual mucho más acentuados en el hombre que en la mujer, según acaba de verse en los párrafos anteriores, debe suponerse en la secreción interna del testículo una más intensa energía transformadora que en la del ovario y realmente los cambios producidos en el sujeto por la supresión patológica o artificial de aquél, como el infantilismo y el eunucoidismo, son mucho más marcados que los debidos a la de éste; véase, pues, de qué manera la fisiología y la patología endócrinas proyectan algún destello de claridad sobre la misteriosa evolución de los sexos, y por ende, permiten también vislumbrar una explicación de la predilección por el femenino del histerismo.

Resulta, en síntesis, de todo lo expuesto, que partiendo de la condición neutra del niño, y por estímulos verosíblemente nacidos en los órganos endocrinos, y especialmente en los sexuales, se inicia, dentro aún de la infancia, la diferenciación del sexo, que avanza rápidamente en la pubertad y se completa en la adolescencia; esta diferenciación sigue en los dos sexos direcciones divergentes, pero en el masculino es la evolución más profunda, más extensa, más completa, y por recorrer una trayectoria mayor se aleja más del punto de partida común, creando en el hombre un estado de superior desarrollo, de más adelantado perfeccionamiento, tanto en lo somático como, sobre todo, en lo psíquico; mientras que la hembra (y repito que me refiero únicamente al promedio general, sin negar las muchas y muy valiosas excepciones que existen) representa un grado inferior en la escala evolutiva, más próximo a la forma inicial, como lo demuestran los múltiples caracteres mentales y corpóreos que posee en común con el niño. La mentalidad femenina se halla, pues, insuficientemente desarrollada en comparación con la del hombre, y teniendo en cuenta que el histerismo, según la tesis tan elocuentemente sostenida por Schnyder (12) y por otros autores modernos, debe considerarse como la expresión de una deficiencia, de una solución de continuidad en la evo-

lución progresiva de la mente humana, claramente se comprende que se observe más a menudo en la mujer por la debilidad peculiar a su psiquis, escasamente desenvuelta, como también y por la misma razón es común dicha psiconeurosis en todos los sujetos de mentalidad rudimentaria, como en los niños y adolescentes, en las capas sociales inferiores, en las épocas históricas de superstición e incultura, etc. Idéntico razonamiento es aplicable a los casos de histerismo masculino que recaen en sujetos de defectuoso desarrollo intelectual.

Este criterio de la insuficiencia evolutiva psíquica es el mismo sostenido, aunque con variantes de expresión por la mayoría de los autores contemporáneos, y aun aquellos que, como Freud, más radicalmente se apartan del concepto de la diferenciación sexual que me ha servido de base para la explicación que acabo de exponer, coinciden, al menos, con esta en un punto esencial, en el de la importancia que en la predisposición a padecer psiconeurosis, y entre ellas el histerismo, tiene el sentido en que se realiza la evolución del sexo. Así, Jones (13), glosando la opinión de Freud, declara que los cambios que la hembra experimenta en la pubertad son más complejos que en el varón, necesitando aquélla desplegar una mayor fuerza de represión de las tendencias infantiles, lo que facilita la producción de errores de desarrollo y favorece la aparición de las psiconeurosis. Este concepto, que es diametralmente opuesto al que yo he sustentado, del cual viene a ser como la imagen reflejada e invertida, arranca de la afirmación de Freud, en mi sentir equivocada y gratuita, de que las actividades sexuales que él supone en el niño son de tipo masculino.

En suma, la mayor frecuencia del histerismo en el sexo femenino no es debida a ninguna propiedad inherente de modo exclusivo a éste, ni es producto de ningún carácter indefectiblemente ligado a la determinación del sexo, sino que depende, ante todo, de una condición cuantitativa, de la insuficiencia de la evolución mental en la mujer, y como esta misma circunstancia se da también en otras categorías de perso-

nas, como los niños, la gente rústica, etc., también en ellos es frecuente el histerismo.

Esta deficiencia del desarrollo psíquico es, en mi opinión, el motivo predisponente primordial; pero existen además otros también muy dignos de ser tenidos en cuenta, sobre todo desde el punto de vista de la fisiología patológica de los síntomas histéricos, y son la hiperreflectividad, la exagerada reactividad emotiva y la prevalente tendencia a exteriorizar aparatosamente sus sentimientos que la mujer posee, como también el niño, el hombre primitivo, el salvaje, etc., hechos todos que no son en realidad sino un aspecto de esa insuficiencia psíquica, de esa debilidad de las funciones mentales superiores a que acabo de aludir. Tan peculiar es de la personalidad femenina esta defectuosa coordinación y subordinación neuropsíquicas, que con exactitud puede afirmarse que toda mujer, realmente digna de este nombre, la que realiza el tipo más perfecto de su sexo, posee un temperamento histeroide, o como dice elegantemente Tanzi (14),

una sfumatura d'isterismo é qualche cosa d'insito alla natura femminile.

NOTA BIBLIOGRAFICA

- 1.—BRIQUET: *Traité de l'Hystérie, clinique et thérapeutique* París, 1859.
- 2.—GILLES DE LA TOURETTE: *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*. París, 1891-1895.
- 3.—JOLLY: art. *Hysterie in Ziemssens Handbuch der Pathologie und Therapie*. Leipzig, 1875.
- 4.—OFFENHEIM: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 5.^a edición, tomo II, página 1.199. Berlín, 1908.
- 5.—PITRES: *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*. París, 1891.
- 6.—BINSWANGER: *Die Hysterie*, págs. 85 y 86. Viena, 1904.
- 7.—LÖWENFELD: *Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie*. Wiesbaden, 1894.
- 8.—LEUCH: *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1891.

-
- 9.—SAVILLE: *Lectures on Hysteria*, pág. 170. Londres, 1909.
 - 10.—FERNÁNDEZ SANZ: *Enfermedades de las glándulas de secreción interna*, lecciones explicadas en la Facultad de Medicina de Madrid, páginas 263 y siguientes. Madrid, 1912.
 - 11.—FRANKL HOCHWART: Ueber Diagnose der Zirkeldrüsentumoren, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, volumen XXXVIII, 1909.
 - 12.—SCHNYDER: Actas del XVII Congreso de los médicos alienistas y neurólogos de Francia y de los países de lengua francesa. Ginebra y Lausana. Agosto de 1907 (*Revue Neurologique*, 1907).
 - 13.—JONES: *Psycho-Analysis*, pág. 25. Londres, 1913.
 - 14.—TANZI: *Trattato delle Malattie mentali*, pág. 544. Milán, 1905.
-

IV

HISTERISMO Y POBLACIÓN RURAL

Este capítulo es continuación y natural complemento del anterior, y a su vez tendrá lógico enlace con el siguiente, que trata de la moralidad de los histéricos; todos estos temas referentes al histerismo en relación con la mentalidad femenina, con la población rural y con la moralidad de los sujetos que le padecen, representan aspectos fragmentarios del vasto campo etiológico-patogénico de la mencionada psiconeurosis, del que también forma parte el capítulo segundo, dedicado al examen de las conexiones entre la emoción y el histerismo; pero así como en el capítulo a que acabo de aludir he tratado principalmente de causas determinantes, ocasionales y provocadoras, como son los movimientos afectivos intensos, conmociones del ánimo y traumas psíquicos, en el que ahora estoy escribiendo, como en el inmediatamente anterior y en el que le sigue, me ocupo de motivos predisponentes, inquiriendo las circunstancias que dan lugar a la mayor frecuencia del histerismo en los sujetos de determinado sexo o condición social, y analizando también las relaciones de aquél con la personalidad moral de los individuos a quienes afecta.

Por mucho que sea el interés que a todos estos estudios parciales se conceda, y realmente lo tienen muy grande, no puede con ellos considerarse agotado el tema de la investiga-

ción de las causas y de la génesis del histerismo desde el punto de vista colectivo, biológico y social, pues a los asuntos de que en estos tres capítulos me ocupó, habría que agregar otros no menos importantes, cuales son los relativos al histerismo en las diversas edades, y muy especialmente en la infancia (cuestión cuya transcendencia se comprende con sólo recordar lo incidentalmente expuesto acerca de la misma en el capítulo anterior), a su distribución étnica, así como a las formas especiales que reviste según las razas y nacionalidades humanas, y, finalmente, a su evolución a través de la historia, señalando su predilección por determinadas épocas y los caracteres que en ellas ha ofrecido.

De todos estos importantísimos temas, el del histerismo infantil se halla esbozado, si bien sólo a grandes rasgos, en el capítulo primero de la parte clínica de este libro, y en cuanto a los otros dos, son de tan magna extensión, es tal su amplitud, que para tratarlos con el detenimiento debido exigiría cada uno de ellos un abultado volumen; renunciando, pues, por falta de espacio a exponerlos con detalle, me limitaré a consignar que los resultados a que por su examen se llega, coinciden con los deducidos de los que estudio en este libro, demostrándose así la mutua coordinación de todas las citadas cuestiones, y a la vez la exactitud de la tesis en cuyo apoyo he aducido toda esta serie de pruebas. También creo conveniente hacer constar que los dos asuntos últimamente citados, el de la enumeración y crítica de las manifestaciones del histerismo en el curso de la historia y el de su repartimiento geográfico se hallan aún, no obstante su extraordinaria importancia, muy insuficientemente estudiados; acerca del primero sólo se poseen monografías parcelarias, algunas de indiscutible mérito, como las de Papillon (1)*, Leroy (2), Hecker (3), Charcot y Richer (4), Simón Collin (5), Gineste (6), Loridan (7) y Steyerthal (8), así como las valiosas indicaciones, sobre

(*) Véase la nota bibliográfica al final del capítulo.

todo bibliográficas, de la notable obra de Cesbron, titulada *Historia crítica del histerismo* (9); y en cuanto al segundo tema, brevemente apuntado por mí en un opúsculo que publiqué hace cuatro años (10), la escasez de documentos es mayor aún, no existiendo más que rarísimos trabajos entre los que descuella como uno de los más interesantes y recientes el de Brill (11) sobre la psiconeurosis llamada *piblokto*, que es una forma de histerismo observada en los esquimales por el explorador Peary.

Esta digresión ha tenido por objeto marcar con toda precisión el lugar que en los estudios sobre patogenia y etiología del histerismo ocupa la materia que es objeto del presente capítulo, señalando también sus relaciones con las tratadas en los que le preceden y le siguen, así como con otros muy importantes que por las razones arriba expuestas me veo obligado a pasar en silencio, y establecida así la conexión, o mejor dicho, la continuidad entre todas estas cuestiones que tan heterogéneas parecen a primera vista, pero que tan homogéneas son el fondo, entraré ya de lleno en el examen de la enunciada en el epígrafe que figura a la cabeza de estas páginas.

Me propongo tratar de las relaciones del histerismo con la población rural en los términos más breves y más claros posibles, expresando la frecuencia con que en dicha categoría social ocurre, los caracteres particulares con que en ella se presenta, las razones de aquella frecuencia y de estos caracteres distintivos, y, por último, las consecuencias aplicables a la patogenia general del histerismo que de todas esas consideraciones se pueden deducir; teniendo por norma la sencillez y la concisión expositiva, me ceñiré al relato de mi experiencia personal y de las reflexiones que directamente me ha sugerido; para el más amplio desenvolvimiento de este tema, entre la escasa bibliografía a él referente, recomiendo la curiosa obra de Voss (12).

Hace ya veinte años, cuando cursaba en la Facultad de Madrid la Clínica Médica bajo la dirección del incompara-

ble y llorado maestro D. Manuel Alonso Sañudo, fue uno de los casos que más pronto y más poderosamente cautivaron mi atención el de un labriego que, a consecuencia de la formidable explosión de un bólide que poco tiempo antes había causado momentáneo pánico en Madrid y sus alrededores, venía experimentando extrañas e indefinibles molestias abdominales, que el enfermo no acertaba a describir sino con la gráfica expresión de que tenía dentro del vientre un perro que le roía las entrañas; estas molestias no eran dolores propiamente dichos ni tampoco parestesias de tipo definido, ni se traducían por desórdenes motores ni secretorios, etc., y el paciente no sabía explicarlas ni compararlas con nada, sino con la susodicha mordedura interna de un can; pero eran tan intensas y tan persistentes que le habían obligado a abandonar el trabajo, a separarse de su familia y a buscar alivio en un hospital. Este caso, por las para mí entonces extrañas circunstancias que en él concurrían, quedó indeleblemente grabado en mi memoria de estudiante, que daba en aquella ya remota época sus primeros pasos en la clínica, y por eso recuerdo aún fielmente las particularidades del mismo, la escasez de la anamnesis, que no revelaba antecedentes neuropáticos familiares o personales conocidos, ni otra causa aparente que el tremendo susto que experimentó al percibir la deslumbradora luz y la estrepitosa detonación del bólide, la tenacidad de las manifestaciones morbosas, su monotonía y sencillez, la ausencia de otros trastornos que pudieran calificarse de estigmas o accidentes histéricos, la irreductibilidad a términos definibles de las molestias que el enfermo decía experimentar, lo extravagante de la designación que a estas molestias aplicaba, y todo esto destacándose sobre el fondo uniforme y gris de una rudimentaria mentalidad de analfabeto, cuyos procesos psíquicos por su rudeza, por su simplicidad misma escapan a las delicadas fórmulas elaboradas introspectivamente por los psicólogos profesionales. Fué sometido este paciente a un tratamiento sugestivo en el que desempeñaba el principal papel la electrización, y mejoró rápida-

mente, pero se marchó de la clínica antes de su curación completa y después no volvimos a tener noticias de él.

He descrito con algún detalle este primer caso de mi práctica personal porque al enriquecerse mi experiencia con el transcurso del tiempo, cuando en las clínicas hospitalarias y en los consultorios fui recogiendo nuevas observaciones, pude apreciar su similitud con la primera, y hoy, después de quince años de especialización neurológica puedo afirmar que aquel primer caso merece calificarse de prototipo del histerismo rural, por ostentar con esquemática claridad todos los caracteres fundamentales que distinguen a éste y que después he visto con mayor o menor fidelidad reproducidos en los muchos ejemplos del mismo que he observado. Esos caracteres esbozados quedan en el precedente croquis clínico, pero más adelante los definiré con más precisión y los interpretaré con todo el detalle posible.

Una de las circunstancias que más pronto llamaron mi atención en los albores de mi práctica neuropsiquiátrica fue el gran número de histéricos pertenecientes al medio rural, que se encuentran en las salas y ambulatorios de los hospitales, en los que la proporción de enfermos de histerismo procedentes del campo o de los pueblos pequeños supera en mucho a la de los que viven en las urbes, de suerte que siendo esta psiconeurosis, según he indicado ya en uno de los capítulos anteriores, más frecuente en conjunto en la clase baja de la sociedad que en la media y elevada, dentro de aquélla abunda más en la población rural que en la urbana. Otra particularidad digna de nota es la de que en los campesinos la proporción de ambos sexos se halla próximamente equilibrada, lo que representa una enorme preponderancia de los varones histéricos rurales sobre los urbanos, y prueba de este aserto es que en los primeros años de mi práctica los únicos enfermos de histerismo pertenecientes al sexo masculino que vi eran todos de la primera categoría, y sólo al cabo de mucho tiempo he logrado ver alguno que otro de la segunda, exceptuando, como es lógico, al histerotraumatismo, que cual

fácilmente se comprende abunda más en los medios fabriles e industriales.

Sería muy instructivo concretar en cifras exactas todas estas apreciaciones, pero para ello se tropieza con insuperables dificultades. Aunque conservo notas de todos los enfermos que he observado no sólo en los varios consultorios que dirijo o he dirigido, sino también en los servicios nosocomiales, no las considero utilizables para los fines estadísticos, porque en su mayor parte se refieren a sujetos de la clase baja, y en los que corresponden a la consulta privada, por la constitución especial de la clientela que a ella asiste, figuran en total en número relativamente menor los procedentes de pueblos que los de grandes ciudades, de suerte que mi estadística resultaría falseada por la escasez relativa del conjunto de enfermos rurales pudientes, lo que tacharía de inexactitud a uno de los términos de comparación. Además, para que esas cifras pudieran rectamente apreciarse en su verdadera significación, habría que calcularlas mediante la comparación del número de enfermos de cada categoría con el total de habitantes de cada una de éstas, es decir, estableciendo la proporcionalidad separadamente en todas ellas, y sin gran esfuerzo se adivinan las dificultades enormes con que esta doble estadística demográfico-morbosa habrá de tropezar. Por otra parte, si buscando una más amplia base para el cálculo proyectado se intentara una encuesta general, solicitando de un gran número de médicos los datos resultantes de su experiencia personal, como se ha hecho a propósito del cáncer, de algunas infecciones, etc., las causas de error multiplicaríanse extraordinariamente en virtud de los distintos criterios que presiden al diagnóstico de los achaques histéricos, de la diversa manera de apreciar éstos, de las posibles confusiones con otros estados psiconeuróticos y aun orgánopáticos, etc.; esto sin contar con las distintas condiciones de la clientela de cada facultativo, que serían muy difíciles, por no decir imposibles, de computar, motivos todos que conducirían al inevitable e irremediable falseamiento de los

resultados. Por todas estas razones, ni la estadística limitada, fundada en mi sola experiencia, ni la basada en la investigación hecha extensiva a la práctica de numerosos médicos, me parecen viables ni capaces de proporcionar datos fidedignos, y antes que resignarme a una parodia de precisión numérica de cuya falacia no podría dudar, por estar convencido de la gravedad de los errores que forzosamente habrían de viciarla, prefiero renunciar a toda estéril tentativa de expresión por cifras que no podrían ser más que aproximadas, limitándome a consignar sinceramente lo que por ser fruto inmediato de la observación no puede ser puesto en tela de juicio, y estas afirmaciones que como resultado directo de mi experiencia personal me creo autorizado a formular son las siguientes: en primer término, que el histerismo es en extremo frecuente en la población rural, a pesar de que las condiciones en que ésta vive parecen contrarias al fomento de la predisposición neurósica, y de que uno de los más comunes consejos que se dan a los neurópatas de las grandes ciudades es que pongan en práctica la rusticación, trasladándose al campo; en segundo lugar, que entre los campesinos el histerismo masculino abunda considerablemente, estando más aproximadamente equiparada la proporción de ambos sexos, a diferencia de lo que ocurre en las urbes donde el predominio del femenino es muy acentuado; por último, que el histerismo de las gentes rústicas ofrece particularidades etiológicas, sintomáticas y evolutivas que en breve describiré.

Aunque la generalidad de los autores reconocen, con creciente convicción, a medida que los materiales de observación se van acumulando, la gran frecuencia del histerismo entre los habitantes del campo, la unanimidad no es todavía completa en este punto, según se verá a continuación. Ya Charcot (13) decía en su seductor estilo que en el hombre debe buscarse el histerismo bajo los harapos (*sous les haillons*, pero yo diría *bajo la blusa*, frase menos dura y más exacta), no siendo patrimonio de los sujetos endebles, imberbes, afeeminados, pues por el contrario se observa ordinariamente en

trabajadores robustos dedicados a rudas labores, y cuya cultura intelectual y sensibilidad no tienen nada de refinadas; en la mujer existe lo mismo en las campesinas que en las que habitan las grandes poblaciones.

Saville (14) es de idéntica opinión, no obstante haber observado en un medio social diferente, constituido por individuos de la raza anglo-sajona, tan distinta desde el punto de vista neuropsíquico de la latina. El autor inglés declara que el histerismo es, por lo menos, tan frecuente entre los pobres como entre los acomodados, y aunque este aserto se refiere a la clase baja en conjunto y no en especial a la rústica, considero aplicable a ésta lo que de aquélla en general se diga, por estar incluída en la misma. He creído además oportuno citar a Saville, porque en su obra figura un conato de estadística acerca del repartimiento del histerismo según la condición social; para ello dividió a sus pacientes en tres clases: los acomodados (clientela privada), los artesanos que viven del trabajo manual (consultas de hospitales) y los desvalidos (asistencia benéfica); tomando 1.000 enfermos de cada una de estas tres clases, averiguó cuántos de ellos padecían histerismo, encontrando la proporción de 67 por 1.000 en la primera, 53 por 1.000 en la segunda y 60 por 1.000 en la tercera, diferencias, como se ve, tan escasas que pueden considerarse como equivalentes a la igualdad proporcional en las tres categorías. Esta estadística es muy defectuosa, pues no debió tomarse como término de comparación el número total de enfermos de cada clase asistidos, sino el de habitantes a ellas pertenecientes en las demarcaciones, distritos, municipios, etc., de donde procedían, tarea como se comprende extraordinariamente penosa, como el mismo Saville reconoce al consignar a continuación de las cifras citadas, que es sumamente difícil, cuando no imposible, obtener en esta materia estadísticas a cubierto de toda falacia.

Sin negar la relativa frecuencia del histerismo en los campos y aldeas, Binswanger (15) estima que predisponen más al mismo las condiciones de la vida urbana que las de la rústi-

ca, mencionando como circunstancias especialmente perniciosas, la intensa lucha por el sustento cotidiano, las densas aglomeraciones humanas con aire, luz y alimentación insuficientes, las invitaciones al vicio y a la depravación, a las cuales podría agregarse la estruendosa agitación propia de las grandes ciudades, el trabajo en locales cerrados y que a menudo requiere una permanente tensión intelectual como en los maquinistas, impresores, etc. Binswanger menciona las estadísticas de P. Marie y de Souques (16) ya citadas por mí en el capítulo anterior, que demuestran la frecuencia del histerismo entre los hombres de la clase trabajadora de una gran urbe, como París, pero estos datos numéricos no pueden utilizarse sino como prueba de que en la clase social a que se refieren abundan las manifestaciones histéricas; mas no para establecer una comparación exacta con la población rústica, pues faltan los datos correspondientes a ésta, en la cual, si bien es cierto que no existen muchos de los motivos predisponentes que se acaban de enumerar, en cambio hay otros no menos poderosos, y a la cabeza de todos ellos la incultura, capaz por sí sola de compensar la carencia de los demás.

Mi experiencia me ha enseñado que en la clase popular madrileña, constituida por los hijos de Madrid y por los aquí educados desde muy niños, el histerismo, descontado el traumático, es bastante raro, mucho más que entre los habitantes de los pueblos pequeños; en cambio, en los obreros y artesanos madrileños se observan más a menudo otros síndromes neuróticos, como la neurastenia, psicastenia, hipocondría, formas mixtas, etc.

Creo, pues, que con lo expuesto queda suficientemente demostrado que el histerismo es muy frecuente en el medio rural, y que sobre todo en los hombres a él pertenecientes se observa mucho más a menudo que en los de otras categorías. Restame ahora probar que ese histerismo rústico ofrece especiales caracteres distintivos, e indicar cuáles son éstos.

Podría, como base experimental de cuanto voy a exponer,

referir aquí numerosas observaciones clínicas personales pertinentes al tema de que estoy tratando; pero como muchas de ellas, y precisamente las más interesantes figuran en la segunda parte de este libro, y como todas desde el punto de vista que me ocupa ofrecen uniformidad entre sí y respecto de aquella de la clínica del profesor Alonso Sañudo que anteriormente he relatado, me limitaré a recordar este primer caso y a hacer las oportunas alusiones a algunos otros, ya figuren o no en la parte clínica.

En lo referente a la etiología, es frecuente en el histerismo rural la ausencia o escasez de las causas predisponentes, siendo los individuos afectos de apariencias normales o desviándose muy poco de la normalidad y no presentando tampoco una herencia patológica excesivamente recargada; el fondo degenerativo es, pues, en los histéricos del campo menos manifiesto, menos acentuado que en los de la ciudad, de suerte que las manifestaciones histéricas en la población aldeana parecen apartarse menos del estado fisiológico que en la de las urbes. La razón de esta diferencia estriba en que en el medio rural el déficit evolutivo psíquico, la insuficiencia del desarrollo mental, constituye un fenómeno muy generalizado, casi constante, y por lo tanto la degeneración individual no necesita ser tan marcada, pudiendo el sujeto permanecer dentro de los límites correspondientes a la norma de su condición social, no obstante lo cual es afecto de histerismo, favorecido por la susodicha deficiencia psíquica colectivamente generalizada.

Otro rasgo etiológico peculiar es la frecuencia e intensidad de acción de las causas emotivas, las cuales, por regla general, ostentan su influjo con irrecusable evidencia, y en un aislamiento tal, que permite establecer con facilidad suma la filiación causal. En la mayoría de los casos el proceso se desarrolla en la forma siguiente: un hombre o una mujer robustos, bien constituídos, sin tara neuropática familiar ni personal, en plena salud, experimentan una brusca y profunda conmoción moral, como la causada por algún violento fenó-

meno meteorológico, o por alguna grave amenaza, o por la inesperada pérdida de un deudo, etc.; después de un intervalo que puede ser muy breve, pero que en general es de varios días y aun semanas, y sin que en este período intercalar hayan intervenido otros agentes etiológicos, hacen su aparición los síntomas histéricos, cuya modalidad se halla determinada por factores diversos, según los casos, pues en unos depende de la imitación, cuando el sujeto ha tenido ocasión de ver accesos u otras manifestaciones del histerismo; en otros se halla directamente subordinada a las circunstancias mismas de la acción de la causa, como cuando un individuo se queda mudo a consecuencia de un golpe en la boca; en otros es producto inmediato de la autosugestión, como cuando después de una impresión de frío en el pecho, se perciben los síntomas subjetivos de una pseudopneumonía, dolor en el costado, dificultad respiratoria, etc., y en todos la expresión sindrómica traduce fielmente el diseño que el paciente haya podido forjarse en su inculta mentalidad del trastorno que va a padecer, patentizando así claramente el origen psíquico de éste, y revistiéndole a la vez de los caracteres propios de la mente en que se ha engendrado, que son, en lo fundamental, la sencillez y pobreza de las asociaciones, la falta de conceptos generales, el predominio de absurdas ideas supersticiosas, y el fácil y presto paso del estímulo a la reacción. Como ya en el capítulo segundo me ocupé con cierta extensión de la gran importancia que las emociones tienen en la etiología del histerismo en la clase baja, no conceptúo necesario insistir más en este punto, añadiendo sólo que esa importancia de la emoción es más acentuada aún en el pueblo de los campos que en el de las ciudades. Como ejemplos de observación personal puedo citar entre otros muchos el caso consecutivo a la explosión de un bólido ya mencionado, otro de accesos atípicos a consecuencia de la persecución por un toro, otro de corea histérico después de una agresión por un perro, etc.

Sintomáticamente caracteriza al histerismo rural, en tér-

minos generales, la uniformidad de sus manifestaciones. Como el histerismo infantil, suele ser el de las aldeas monosintomático, fijo y estereotipado en los trastornos por los que se revela, faltando hasta los estigmas satélites del disturbio principal, a menos que hayan sido sugeridos por una exploración médica previa. En cuanto a los síntomas en sí, varían muchísimo de un caso a otro desde la disnea paroxística y el mutismo, a la paraplegia y hemiplegia, pasando por las numerosas variedades de crisis convulsivas, espasmódicas, etcétera, pero casi siempre revisten los caracteres de sencillez, de monotonía y de constancia que ya he indicado. A veces los síntomas revisten un aspecto de inusitada extravagancia, que recuerda algo los estrambóticos actos de ciertos dementes precoces; estas manifestaciones extrañas son más frecuentes en las mujeres; los hombres, cuya fantasía morbosa es más modesta y discreta, se limitan generalmente a exteriorizar algunas sencillas perturbaciones motoras, sensitivas o sensoriales. También son muy raras en el hombre rústico las alteraciones psíquicas; al menos todos los histéricos de esta clase que yo he visto, daban muestras de poseer una mente bien ponderada, no pudiendo decir lo mismo de las mujeres de la misma condición social.

Por último, la evolución del histerismo rural es siempre lenta, pero fácilmente modificable en general por los recursos terapéuticos, lo que permite formular un pronóstico favorable. Esta benignidad de la evolución debe, a mi juicio, atribuirse a lo poco acentuado de la degeneración del sujeto, que aminora la predisposición y permite el predominio de los factores exógenos sobre los endógenos, tanto en la génesis como en la curación del proceso. La escasa intensidad del elemento degenerativo que me cuidé bien de poner de relieve al tratar de la etiología, tiene, pues, útil aplicación al conocimiento del curso y del pronóstico de la enfermedad a los que presta una significación favorable.

La curación, no obstante, se hace a veces esperar largo tiempo, y casi siempre tiene lugar lentamente, por un meca-

nismo indubitavelmente psíquico, cuyos resortes principales son la sugestión y la persuasión. La psicoterapia constituye el mejor método de tratamiento, pero ha de ser una psicoterapia elemental y sencillísima, puesta al alcance de tan rudos intelectos; la sugestión actúa muy beneficiosamente, no sólo de un modo directo, sino también indirecto o mediato, por la aplicación de remedios farmacológicos, y sobre todo físicos, siendo entre éstos últimos los más eficaces la electrización y la hidroterapia.

En resumen, el histerismo rural, por su frecuencia y por sus caracteres, confirma la concepción patogénica que considera a dicha psiconeurosis como la expresión de una insuficiencia de la evolución psíquica, a modo de alto o de compás de espera, cuando no de retroceso, en el progresivo perfeccionamiento de la mente humana, pues la psiquis rústica en su simplicidad primitiva, es la representación actual de una fase remota del desarrollo intelectual, y puede también legítimamente estimarse como un ejemplo colectivo de la mencionada deficiencia de evolución, producida por complejas circunstancias, entre las que se destacan la carencia de educación y de intercambio de ideas, la inercia psíquica, el arraigo de las supersticiones, etc. Casos de insuficiencia mental colectiva de índole análoga son los representados por el histerismo infantil, muy bien estudiado entre otros muchos autores en fecha reciente por Cramer (17), por el de los países no civilizados, el de las épocas históricas de incultura y por las relaciones de esta psiconeurosis con la mentalidad femenina en el capítulo precedente expuestas.

El análisis de las condiciones de presentación y de los rasgos distintivos del histerismo rural demuestra, por lo tanto, lo acertado de la opinión de Schnyder (18), ya repetidas veces citada en páginas anteriores, al atribuir a las manifestaciones histéricas el carácter expresivo de una suspensión en el gradual perfeccionamiento de la mente humana a partir de la barbarie originaria; éste es también, con leves divergencias de concepto, el punto de vista que sostienen otros varios mo-

dernos forjadores de hipótesis sobre la naturaleza del histerismo, cual Claparède (19), quien, como se recordará por lo dicho en el capítulo primero, le considera como una neurosis de defensa, constituida por la evocación de mecanismos protectores que normalmente no existen ya en estado normal en el hombre contemporáneo, pero que son simplemente reproducciones atávicas de actos ancestrales, de suerte que el histerismo vendría a ser como una *résurrección* parcial de la mentalidad primitiva.

El mismo Freud (20), aunque los fundamentos y la finalidad de su famosa teoría sean muy distintos de las que informan a las antes mencionadas, coincide en parte con los puntos esenciales de la tesis que defiende. El paladín del psicoanálisis afirma que la vida mental se desenvuelve entre dos opuestos polos que por su relativo predominio determinan la orientación de aquélla, a los que denomina principio del goce y principio de la realidad; el primero, que incita a la inmediata e irreflexiva satisfacción de todos los apetitos de placer groseramente egoísta, domina sin freno ni contraste en la psiquis del niño, explicando así el carácter exclusivamente egocéntrico de la conducta de éste, mientras que el segundo no comienza a manifestarse hasta ya algo avanzada la evolución mental y va creciendo en intensidad de acción a medida que ésta progresa, engendrando por su soberanía el perfeccionamiento ético y siendo fuente de los sentimientos nobles, elevados y altruistas, a la vez que de la propensión al cultivo intenso de la inteligencia, a la admiración de las bellezas morales, etc. Cuanto menos marcada sea la superioridad de este principio de refinamiento y de sublimación mentales sobre el primero, sobre el que Freud llama principio del goce, tanto más se aproximará el individuo a la mentalidad primitiva del niño o del salvaje, y este defecto sustancial de su psiquis le predispondrá entre otras cosas al padecimiento de psico-neurosis y singularmente del histerismo. En este concepto de Freud, que no es en el fondo más que la reproducción de las clásicas nociones que sirven de base a casi todos los sistemas

de Moral conocidos, se advierte la misma tendencia a la asimilación de ciertos estados de deficiencia psíquica al primitivo estado rudimentario de la mentalidad humana, y la misma aceptación de la insuficiencia evolutiva intelectual como motivo predisponente a las psiconeurosis que he señalado en las hipótesis de Schnyder y de Claparède, y que debe considerarse como muy razonable y muy fundada porque permite la explicación de muchas particularidades etiológicas y patológicas del histerismo de que en este capítulo, en los anteriores y en el siguiente me ocupo.

De esta concepción moderna de la histerogenia dedúcen-se importantísimas aplicaciones a la profilaxia, no sólo individual, sino también colectiva del histerismo; estas aplicaciones, por su mismo carácter social, no pueden ser puestas en práctica por el sólo e individual esfuerzo del médico, el cual debe procurar inquirir las causas y los caracteres del histerismo rural y proponer su remedio, pero la aplicación de éste exige tan transcendentales y onerosas medidas que sólo los estadistas, sólo los gobernantes, previamente ilustrados por el consejo de los médicos y poniendo en juego todos los recursos del poder público, están capacitados para llevarlas a cabo. El mejoramiento de las condiciones de la vida campesina, la difusión de la higiene física y moral, la lucha contra las supersticiones, la propagación de la cultura, la elevación del nivel de la mente humana, en suma, son los medios que deben ponerse en práctica para contrarrestar el estado de atraso psíquico de la población rural y para combatir uno de sus más comunes padecimientos, el histerismo.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—PAPILLON: *Maladies nerveuses pendant l'antiquité greco-romaine*. Tesis de París, 1892.
- 2.—LEROY: *Le mutisme hysterique dans l'histoire*. Evreux, 1902.
- 3.—HECKER: *Die Tanzwuth, eine Volkskrankheit im Mittelalter*. Berlín, 1832.

- 4.—CHARCOT y RICHER: *Les demoniaques dans l'art*. París, 1887.
 - 5.—SIMÓN COLLIN: *Histoire des convulsionnaires du XVIII siècle, et des miracles du diacre Pâris*. París, 1821.
 - 6.—GINESTE: *Les grandes victimes de l'hystérie*. París, 1908.
 - 7.—LORIDAN: *Un grand procès de sorcellerie au XVIII siècle*. París, 1911.
 - 8.—STEYERTHAL: Die Stigmata diaboli: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, núm. 53, 1912.
 - 9.—CESBRON: *Histoire critique de l'Histérie*. París, 1909.
 - 10.—FERNÁNDEZ SANZ: Influencia del carácter nacional en las enfermedades nerviosas. *Conferencia pronunciada en la Unión Ibero-Americana*, Marzo 1910.
 - 11.—BRILL: Piblokto, or Hysteria among Peary's Eskimos. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. Agosto 1913.
 - 12.—VOSS: *Krankheit und soziale Lage*. Munich, 1913.
 - 13.—CHARCOT: L'Hystérie chez l'homme. *Progrès Médical*, 2 Mayo 1885.
 - 14.—SAVILLE: *Lectures on Hysteria*, pág. 176. Londres, 1909.
 - 15.—BINSWANGER: *Die Hysterie*, pág. 81. Viena, 1904.
 - 16.—SOUQUES: *Contribution á l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière*. Tesis de París, 1891.
 - 17.—CRAMER: *art. Hysterie in Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter*, de Bruns, Cramer y Ziehen, págs. 51-90. Berlín 1912.
 - 18.—SCHNYDER: *Actas del XVII Congreso de los Médicos alienistas y neurólogos franceses y de los países de lengua francesa*. Ginebra-Lausana. Agosto 1907. (*Revue Neurologique*, 1907).
 - 19.—CLAPARÉDE: Quelques mots sur la definition de l'Hystérie. *Archives de Psychologie*, 1907.
 - 20.—FREUD: *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Leipzig, 1905.
-

V

LA MORALIDAD DE LOS HISTÉRICOS

Los numerosos autores, no sólo médicos, sino también moralistas, psicólogos, escritores devotos y ascéticos, filósofos y hasta novelistas y críticos de costumbres, que de un modo directo o incidental se han ocupado del histerismo en relación con los principios y reglas de la ética, se han referido principal y aun casi exclusivamente a las mujeres histéricas; hállese justificada esta singularización de sexo porque es realmente en la hembras afectas de histerismo en las que el conflicto moral suele llegar a alcanzar pavorosas proporciones. El hombre histérico, a no ser que se trate de un traumatizado protegido por la ley sobre accidentes del trabajo, es, por lo general, un infeliz sujeto que no hace a nadie más que a sí mismo víctima de su padecimiento; pero la mujer histérica, por el contrario, se convierte a menudo en un inagotable manantial de desventuras que, abrumando a cuantos la rodean, acaban con la tranquilidad del hogar, con la paz y la unión de la familia y hacen a la causante de todos estos daños justamente merecedora del dictado de abominable calamidad social. La histérica perversa, perpetuo foco irradiador de penas, es la más acabada encarnación de ese espíritu demoníaco de los seres y de las cosas de que habla Carlyle, y tan exactamente parece personificar al genio del mal,

que es perfectamente explicable que en los siglos pasados se las creyera poseídas por Lucifer y que se acudiera a todos los medios imaginables para combatir al príncipe del averno, que en ellas se suponía oculto, perturbando por su intermedio el sosiego de las almas y sembrando en el mundo desdichas sin cuento, espirituales y corpóreas.

Todo el que haya padecido bajo el infernal poder de esas histéricas malignas, al recordar las torturas propias y las sufridas por sus deudos más queridos, encontrará justificadísimo el coro de acerbos imprecaciones, de duras invectivas y hasta de violentos improperios, que en las páginas de los libros de los sabios se elevan contra esas desdichadas enfermas, más desdichadas ellas mismas que todos los afligidos por las penas que en torno suyo crean. Hastas los médicos mismos, hasta los especialistas en psiconeurosis, más habituados que nadie a ser tolerantes y compasivos con las miserias y aberraciones de la mente humana, no logran siempre conservar su ecuanimidad en presencia de esta categoría de histéricas, y unas veces por ser directamente atacados por ellas de la manera infame, alevosa y refinada que saben hacerlo, y otras por no poder reprimir el movimiento de indignación con que toda conciencia honrada protesta contra las iniquidades morales, aunque las víctimas sean otras personas, se ve obligado a huir de tan lamentables espectáculos, renunciando a una asistencia que repugna a sus sentimientos éticos.

Yo mismo, que a falta de otras más brillantes dotes creo poseer una paciencia estoica, probada y perfeccionada en quince años de trato con neuróticos, he tenido en más de una ocasión, por mandatos de la propia dignidad y por solidaridad compasiva con las personas sacrificadas a los crueles caprichos de una histérica, que abandonar el papel de defensor del enfermo, que es el que incumbe a todo médico para convertirme en severo fiscal, y para terminar, finalmente, por apartarme entristecido por el más negro pesimismo de aquel hogar desolado.

¡Cuán digna de conmiseración es la familia en cuyo seno surge una de estas histéricas crueles, neronianas, que empiezan por destrozar su propia existencia y acaban arrastrando en pos de sí por la senda del dolor a cuantos por ellas se interesan, destruyendo en torno suyo todo germen de felicidad! Quien no haya sufrido el martirio de convivir con una histérica entronizada en su neurosis, estimará hiperbólicas estas dramáticas quejas, pero seguramente no habrá médico, aun de los no especializados en neuropatología, que no cuente en el archivo de su práctica con algún ejemplo de este histerismo infernal, y que no recuerde con amargura las tristes escenas que se habrá visto obligado a presenciar y en las que a menudo no habrá sido sólo espectador, sino también víctima, pues las histéricas de esta ralea gustan de hacer objeto de sus perfidias al médico.

La inmediata consecuencia de la perversidad de la histérica, es la disolución de los lazos de la familia; enseñoreada la discordia del hogar, se deshace éste de hecho, ya que no siempre aparentemente, y los individuos que antes en él se cobijaban, arrastrados por el impulso desmoralizador que de la diabólica poseída emana, se desbandan e incurren a su vez en infracciones éticas que agravan la desorganización familiar y sirven de pretexto a aquélla para crear nuevos conflictos; la semilla de la desavenencia prende, progresivamente, en los parientes colaterales y en las relaciones amistosas, fomentándose los rencores, otros hogares son perturbados y la maléfica influencia de la histérica, origen de todo este cúmulo de males, se va extendiendo cada vez más; pero aunque sus víctimas sean múltiples y en ocasiones muy numerosas, siempre escoge una, marido, madre, hermana, etc., como predilecto blanco de su saña y de su odiosa persecución. Estas histéricas demoníacas no sólo causan lastimosos estragos directamente por sus incalificables actos y palabras, sino también de un modo colateral, por contagio psíquico, por el pernicioso ejemplo de subversión de las normas éticas que dan a cuantos les rodean, por la relajación del sentimiento de

dignidad que en ellos producen; de suerte que no son sólo dañinas por sí, sino porque crean en torno suyo una deletérea atmósfera de anarquía moral y transmiten su desequilibrio mental a las personas predispuestas que con ellas se comunican, de modo que muy pronto se constituye en la familia una colonia de psiconeuróticos, que entre otros muchos perjuicios, causa el de dificultar considerablemente la adopción de medidas terapéuticas. Si la histérica es madre de familia, los daños, desde el punto de vista social, son aún mucho más graves, pues la prole resulta fatalmente condenada a los padecimientos nerviosos, no sólo por herencia, sino, sobre todo, por imitación y por la detestable educación que al lado de la progenitora ha de recibir; tan temible es este peligro y tales los perjuicios que acarrea perpetuando la plaga de las psico-neurosis, destruyendo el vigor mental de la raza y oponiéndose a la prosperidad de la nación y al progreso de la humanidad, que sería de desear la promulgación de una ley que rigurosamente negara a estas histéricas amorales el derecho de conservar a su lado y de educar a sus hijos.

En mi práctica cuento con varios lamentables ejemplos de ruina moral, y en ocasiones también material, de respetables familias, provocada por histéricas de la clase a que aludo; estos tristísimos casos son especialmente frecuentes en la clase media; en la baja no faltan en absoluto, pero son muy raros, pues las duras condiciones de la vida constituyen una cruel, pero saludable escuela que hace volver a la enferma al buen camino y además sus allegados se encuentran en la imposibilidad de fomentar con su condescendencia los caprichosos impulsos de aquélla ¡Ah, si fuera posible privar de las comodidades de la vida a las histéricas señoriles perturbadoras de las familias, obligándolas a ganarse la subsistencia con su trabajo, cuántos y cuán hondos conflictos morales se evitarían! ¡Si estas pervertidas damiselas vieran frente a frente y de cerca la horrible faz de las penas reales de la vida, de la miseria, de las enfermedades verdaderas, de las privaciones, cómo se abstendrían de crear infiernos artificia-

les! En la clase alta también se observan algunas veces casos de esta naturaleza, pero no son muy frecuentes porque en esa esfera social la facilidad de satisfacción de todos los deseos, por extravagantes que parezcan, les resta intensidad de incitación, de suerte que la histérica o vuelve pronto a una normalidad relativa por apagamiento de los estímulos morbosos, o si por el contrario acentúa sus aberraciones, cae dentro de las fronteras de la franca vesania, que autoriza la incapacitación y la reclusión en un manicomio; además, en esta clase aristocrática, la intensa vida de sociedad, la difusión de los afectos en un amplio círculo de relaciones, las costumbres de club, los viajes incesantes, la continua asistencia a reuniones, deportes, etc., reduce considerablemente la convivencia en el hogar y disminuye la importancia relativa de los conflictos familiares.

Aparte de estos motivos referentes a la condición social que explican la mayor frecuencia de esa forma de histerismo que llamaré maligno en la clase media, existen otras relativas a las circunstancias del sujeto, que actúan también en el mismo sentido; como ya he indicado en los capítulos II y III, y por las razones allí expuestas, el estado degenerativo en los sujetos histéricos de la clase baja es menos acentuado que en los de la media y alta, y, por otra parte, en esta última la más exquisita cultura de las damas que a ella pertenecen ejerce una eficaz profilaxia antineurósica, y así, más degeneradas que las pobres y menos cultas que las aristócratas, es lógico que las mujeres de la mesocracia estén más predispuestas a padecer las formas más graves y peligrosas del histerismo.

Los defectos morales de las histéricas, o mejor y con más justicia dicho, de algunas de ellas, son tan evidentes y constituyen un tan inminente riesgo para la felicidad de sus allegados, que muy pronto hubieron de ser conocidos por los primeros médicos que científicamente observaron a estas enfermas, y por eso, desde muy remota fecha, se ha estigmatizado al histerismo con una imputación de inmoralidad; en cuanto a las censuras concretas que a las que le sufren se

han dirigido, han variado según los tiempos, y de todas ellas habré de ocuparme en breve al tratar en particular de las deficiencias éticas de las histéricas, pero ahora debo consignar que la primera acusación que se les dirigió y la que con más tenacidad se ha perpetuado casi hasta nuestros días, ha sido la de deshonestidad, lo que nada de extraño tiene, pues de una parte estas mujeres, con su extravagantes actos, con su libertad de conducta, con sus apasionamientos y su volubilidad, dan pábulo fácilmente a las suspicacias del vulgo, y de otra parte, la teoría patogénica dominante por espacio de dos mil años, que suponía al histerismo dependiente de trastornos de los órganos genitales femeninos, no sólo prestaba caracteres de verosimilitud a aquella vergonzosa nota, sino que permitía explicarla en términos de apariencia científica. El hecho es que durante muchos siglos y aun hoy día entre no pocas gentes que se tienen por ilustradas, la histérica ha sido considerada como una hembra de apetitos sexuales tan desordenados y apremiantes, que haciéndola olvidar las más elementales nociones de pudor la impelían a solicitar con insaciable afán las caricias de los hombres. Desde la antigüedad greco-romana hasta el pasado siglo XIX, se tenía por dogma irrefutable que en la génesis del histerismo desempeñaba un papel muy importante, y para muchos autores el principal o exclusivo la no satisfacción de los deseos sexuales, que daba lugar a trastornos en el aparato genital de la mujer, siendo necesario para combatirlos proveer al cumplimiento de aquellos deseos, regla terapéutica y preventiva consignada en el clásico aforismo *nubet puella et morbus effugiet*, de filiación hipocrática.

Estas hipótesis pseudocientíficas que aceptan como fundamento patogénico la anedonia, la sed de goce sexual, no sólo dominaron sin rival en las edades antigua y media, sino que también han encontrado defensores en la moderna, aún muy avanzada ésta y ya difundida la teoría nerviosa y en nuestros días han tenido un ruidoso resurgimiento, exornado con un formidable aparato de investigación psicológica

y revestido de todos los primores de la ciencia experimental contemporánea en la famosa teoría de Freud, de la que me ocuparé en especial en el siguiente capítulo, limitándome aquí a mencionar entre los partidarios en pleno siglo XIX de la hipersexualidad de las histéricas a Louyer Villermay (1)*, quien afirmó a principios de dicho siglo que las causas más frecuentes del histerismo son la privación de los placeres del amor y las emociones por éstos engendradas. En fecha posterior, Gall (2), acomodando a su doctrina frenológica la patogenia del histerismo, le localizó en el cerebelo, por ser este órgano el asiento del amor físico y de la capacidad generadora.

Nada de sorprendente tiene, pues, que mientras los sabios persistían en ligar patogénicamente al histerismo con los estímulos sexuales y con la abstinencia forzada de los mismos, el vulgo continuara calificando de lúbricas a las histéricas, suponiendo en su padecimiento un fondo de impudicia y de lascivia. Sin embargo, a mediados del pasado siglo inicióse ya contra esta tradicional calumnia una decidida y valiente reacción que se ha continuado vigorosamente en los años sucesivos y que persiste en nuestros días. En su admirable obra, Briquet (3) protestó en frases elocuentes contra la injusta imputación de lujuria con que se afrentaba a las histéricas, afirmando que su dolencia no es debida a instintos vergonzosos, sino, por el contrario, a una exaltación de la sensibilidad en lo que ésta tiene de más noble y de más digno de admiración. En términos no menos categóricos se expresa Legrand du Saulle (4) en una obra que contiene una magistral descripción del carácter y de la moralidad de las histéricas, y en la que declara que se ha calumniado a estas enfermas al creerlas esclavas de la lujuria, pues las mujeres más castas y más recatadas padecen a menudo el histerismo sin que su honestidad se desmienta en lo más mínimo. Char-

(*) Véase la nota bibliográfica al final del capítulo.

cot (5) dió a la rehabilitación de las histéricas, desde el punto de vista sexual, el valioso apoyo de su colosal prestigio, demostrando que la histérica, por el sólo hecho de serlo, dista mucho de ser una hipersexual, antes al contrario, es generalmente frígida o a lo sumo normal; en ella no está exaltado el sentido genésico, sino únicamente la elaboración mental y afectiva de las representaciones que con él se enlazan.

En la clásica descripción de las fases del acceso convulsivo mayor, trazada por Charcot, figuraban movimientos y actitudes semejantes a los propios de los espasmos de la cópula; esta analogía pareció susceptible de interpretarse como favorable a la hipótesis de la exageración de las impulsiones sexuales en las histéricas, pero basta recordar que aquella modalidad de la crisis era completamente artificial, producida por sugestión e imitación, para restar todo valor a ese pretendido argumento.

En la actualidad, y sin más excepción que la de Freud y sus secuaces, aferrados a su doctrina del *panerotismo*, los autores rechazan unánimemente la falsa acusación de lascivia que durante tantos siglos ha pesado sobre las histéricas; pero el vulgo, por su eterna resistencia a variar de modo de pensar, continúa creyendo en ella y atribuyendo al histerismo una significación vergonzosa, y en algunos países, como en Inglaterra, se halla tan acentuado este prejuicio, que calificar a una mujer de histérica equivale a ofenderla gravemente.

Por lo que a mi práctica personal respecta, puedo afirmar terminantemente y sin restricciones que entre los centenares de histéricas que he observado no he encontrado ninguna con exaltación del instinto sexual, pues en algunas que presentaban anomalías en este sentido, y que me fueron enviadas con el diagnóstico de histerismo, pude demostrar por una investigación minuciosa que no se trataba de esta psiconeurosis, sino de demencia precoz incipiente, de episodios ligeros, de locura maniaco-depresiva o de perversiones sexuales autóctonas, expresión de un profundo estado degenerativo. Por el contrario, en la mayoría de las histéricas que he trata-

do existía frigidez, a menudo absoluta, que precisamente es con frecuencia causa de conflictos conyugales, pues a las enfermas les repugna de tal modo la cohabitación que se niegan a hacer vida común con su marido. Tiene, pues, completa razón Gilles de la Tourette (6) al afirmar que las histéricas, o por lo menos cierta clase de ellas, gustan de atraer la atención de los hombres con sus coqueterías, se complacen en verse cortejadas y en ser objeto de adulaciones y lisonjas, pero el acto carnal no tiene para ellas atractivos y mientras unas se niegan a consentirlo, otras, a lo sumo, se limitan a tolerarlo.

Destruída, pues, la leyenda de la deshonestidad de las histéricas, veamos ahora qué otros cargos de inmoralidad se les han dirigido, y si son más fundados que aquél, pero antes de entrar en su análisis impórtame hacer una aclaración, la de que de todos los graves daños que algunas histéricas causan en el seno de las familias y que con vivos, pero exactos colores he procurado pintar al comienzo de este capítulo, ninguno, al menos en los por mí personalmente comprobados, deriva de vicios o de anormalidades sexuales, sino de motivos de otra índole que son los que voy a examinar ahora; además debo hacer constar que los desastrosos cuadros de discordia y de ruina de hogares que he trazado antes no constituyen, ni mucho menos, la regla general, sino que son afortunadamente excepciones, cuya explicación daré más adelante, y por eso me he cuidado mucho de consignar repetidas veces que no me refería al hablar de influencias calamitosas a todas las histéricas, sino sólo a una categoría limitada de ellas, a las que he llamado perversas, malignas o diabólicas.

Uno de los defectos morales que muy a menudo se encuentra en las histéricas, y tan intensamente acentuado que con razón ha atraído la atención de los autores que le han asignado la categoría de estigma mental, considerándole como uno de los principales rasgos del carácter histérico, es la tendencia a mentir, manifestada bajo los más diversos aspectos,

desde el embuste vulgar y aislado sin finalidad alguna, hasta la complicadísima elaboración de verdaderas novelas de trama enrevesada y de extravagante contenido, o lo que es peor aún, hasta la ficción de hechos, completamente imaginarios, que de ser ciertos afectarían gravemente a la honra de otras personas.

En el profuso mentir de las histéricas adviértese a veces una finalidad determinada, que suele ser casi siempre la de evidenciar de manera sorprendente la propia personalidad, la de llamar la atención y causar la admiración de las gentes, por un sentimiento de exaltada y pueril vanidad, mientras que en casos más raros el objeto de la mentira es perjudicar a determinados sujetos; pero en muchas ocasiones no es posible descubrir intencionalidad alguna en los embustes, que se profieren por el solo gusto de mentir, revelando así su carácter evidentemente morboso, con gran claridad puesto de relieve y dotado de singular importancia por Dupré (7), al considerar al histerismo como una forma especial de mitomanía, a la que denomina *mitomanía de los síndromes o patomimia*. Que muchos de los embustes de las histéricas son de naturaleza patológica y no pueden, por lo tanto, interpretarse como indicio de perversidad moral, lo prueba no sólo su ya consignada falta de finalidad útil, sino también el hecho de que a menudo redundan en grave daño de la persona que los ha ideado; ejemplos resonantes de histéricas víctimas de sus propias ficciones y de su incontrastable tendencia a simular trastornos diversos tenemos en los procesos de brujería de los pasados siglos, a consecuencia de los cuales, muchas de aquéllas eran condenadas a crueles penas y algunas a perder la vida después de horrorosos tormentos, sin que a pesar de ello fueran capaces de renunciar a las quiméricas creaciones de su fantasía. Hoy ya no se quema ni se ahorca a las histéricas, pero todavía en alguno que otro caso, con la mayor buena fe y la mejor intención, se las somete a arriesgadas operaciones quirúrgicas, como la laparotomía, la trepanación del cráneo, etc., por errores de diagnóstico debidos a la imi-

tación de enfermedades orgánicas por estas mitomaníacas, sin que cesen en su comedia ni ante los peligros de una grave intervención cruenta. No es, pues, la de las histéricas una simulación voluntaria, consciente e inmoral, sino morbosa, impuesta al sujeto por oscuros procesos no sometidos a la norma de la conciencia, y por lo tanto independientes de las leyes éticas. En cuanto a las mentiras en que se advierten las finalidades antimorales a que antes he aludido, no pueden considerarse como directamente ligadas con el histerismo, sino como un fenómeno coordinado, dependiente de una causa superior y común, cual es el fondo degenerativo, que con intensidad mayor o menor se observa en los histéricos. Estos sujetos hállanse predispuestos a la mentira, no por los caracteres específicos de su personalidad moral, sino por las propiedades comunes a todas las mentalidades primitivas, como lo es la histérica; en todas las psiquis insuficientemente desarrolladas como la del niño, la del salvaje, etc., la propensión a mentir es un hecho naturalísimo y constante, derivado no sólo de la ausencia en ellas de principios directores morales, sino también de una innata deficiencia del sentimiento de la realidad que no permite diferenciar claramente lo efectivo, lo dotado de existencia objetiva de lo imaginario. Esta misma debilidad del sentido de lo real, se observa también a menudo en diversos estados psiconeuróticos y es la causa de muchas mentiras de carácter patológico, como son un gran número de las proferidas por las histéricas.

La propensión a mentir no sólo se exterioriza en estos enfermos por la sencilla afirmación de hechos inexactos, preteritos o futuros, sino también por fenómenos mucho más complejos, como las inauditas fabulaciones y el urdimiento de complicadas e interminables intrigas, de una inverosimilitud absurda, pero que a veces son creídas a pie juntillas por los profanos. En la exteriorización de estas tramas novelescas, de una asombrosa extravagancia a veces, no se limitan siempre sus autores a referirlas verbalmente o por escrito, sino que en ocasiones tratan de ponerlas en práctica convir-

tiendo el relato fantástico en acción real, y dando con ello margen a peripecias desagradables, y en algunos casos a dramáticos episodios.

Toda esta serie de actos anómalos que tienen por base común el falseamiento de la realidad, y que conducen desde la simple exageración de los hechos reales hasta las más intrincadas ficciones engendradas por la fantasía emancipada de todo freno, dependen de las causas psicológicas señaladas ha poco al tratar de los embustes patológicos, a saber, la debilitación del sentido de la realidad y la escasa energía de los frenos morales, unidas a la hipertrofia de los sentimientos egoístas y de la vanidad y al morbosos afán de llamar la atención, de suerte que tienen un carácter patológico perfectamente marcado, y no deben, por lo tanto, ser objeto de sanción moral. Además, cuando esas anormalidades adquieren proporciones inusitadas, cuando la tendencia a la fabulación se traduce en hechos que se hallan en abierta contradicción con las condiciones de la vida real, entonces estos trastornos no deben atribuirse al histerismo, pues rebasan el cuadro de éste y se convierten en manifestaciones psicopáticas de otras formas de la mitomanía y aun de la paranoia.

En suma, así como ha habido que absolver a las histéricas de la inculpação de lascivia, también debe reconocerse que la propensión a mentir que se les achaca se halla generalmente contenida dentro de modestos límites, siendo explicable, no por las propiedades peculiares del histerismo, sino por las comunes a toda mentalidad de evolución deficiente, y cuando esa tendencia se exagera mucho, deja de pertenecer a aquella psiconeurosis para convertirse en expresión de otros estados psicopatológicos a ella afines. En cuanto a la simulación debe tenerse en cuenta que no es voluntaria, sino impuesta a la enferma por procesos inconscientes, de los cuales no puede hacérsela responsable, y además, como indica Pitres (8), se ha exagerado la afición de estos sujetos a la simulación, porque sistemáticamente se han atribuído a supercherías los fenómenos de explicación difícil, habiendo el mis-

mo Pitres demostrado que las tentativas de suicidio en los histéricos no eran siempre figuradas, pues en algunos casos lo que parecía parodia ridícula ha terminado trágicamente.

Tan insistentemente como de falacia se ha acusado a las histéricas de vanidad y de concentración egoísta; lo que antes era censura moral se ha convertido en las obras modernas, en virtud de los progresos del análisis psicológico, en estigma o rasgo característico de la mentalidad histérica, y ciertamente el más importante de todos en la esfera afectiva, a juzgar por la unanimidad con que los autores contemporáneos le colocan en primer término y hacen depender de él a los demás trastornos de los sentimientos, incluso la tendencia a la mentira, que sería estimulada por el ansia de ocupar en todo momento la atención de las gentes.

No puede negarse que la inclinación egocéntrica de las histéricas se manifiestan a menudo con un tesón y un poder absorbente que por lo exagerados se hacen intolerables; esas mujeres, como dice M. Huchard (9), no se ocupan más que de ellas, y no prestan atención a las demás personas más que en relación con ellas mismas, o si se ven obligadas por deberes de cortesía a atender a otros, lo hacen con repugnancia y mala voluntad. Ziehen (10), para citar la opinión de uno de los más eminentes e imparciales mentalistas de nuestra época, señala también como propiedades distintivas del carácter histérico, al lado de la labilidad afectiva, la agrupación egocéntrica de los sentimientos, siendo el interés objetivo y altruísta muy raro, y refiriéndose la mayoría de los afectos al sujeto mismo y especialmente a su enfermedad.

Excesivamente sombrío es el cuadro que de la mentalidad histérica traza Bianchi (11), destacándose entre sus duros perfiles, aparte de la tendencia a mentir, el egoísmo excesivo que se traduce según el grado de cultura y el ambiente en que el sujeto vive por el ansia de interesar a las personas que le rodean, o a todo un país, y para satisfacer este deseo irresistible no vacilan en representar las más grotescas escenas; esta manía de cautivar la atención del público

es el móvil que, según Bianchi con injusto pesimismo opina, impele a las histéricas más inteligentes a acometer empresas generosas, en las que bajo las apariencias del altruismo se esconden los impulsos de la vanidad.

Como infundada e inmerecida debe rechazarse esta última imputación de Bianchi, y también debe reconocerse algo de exageración en los apasionados términos con que describe el carácter de las histéricas; pero una vez formuladas estas reservas, debe admitirse como cierta la opinión sustentada por la mayoría de los autores al considerar al egoísmo, a la vanidad, y a la propensión a los desvaríos de la fantasía como las peculiaridades definidoras de la personalidad moral de los enfermos de histerismo.

Demos como suficientemente probado que tales son en efecto las taras éticas de estos sujetos, y mi experiencia personal, como la de todos los neurólogos, me autoriza a suscribir ese aserto. Mas ¿esos defectos son absolutamente constantes en todas las histéricas, y, sobre todo, son inherentes al histerismo con íntima e indisoluble inherencia, o se trata de circunstancias accesorias, sólo coincidentes? Este es el problema que hay que resolver antes de fallar que todas las histéricas, por el sólo hecho de serlo son inmorales, por ser mentirosas, fabuladoras, egoístas, vanidosas y versátiles, y no digo también lúbricas, porque según he demostrado antes, la ciencia contemporánea ha acabado con este falso prejuicio, como tampoco puede acusárselas de crueles, porque está demostrado que la crueldad es expresión siempre de un estado psicopático especial, relacionado con la clásica *Moral Insanity* de Prichard.

Hoy puede afirmarse que el litigio planteado por la pregunta enunciada en el párrafo anterior se ha resuelto en sentido favorable al valor ético de las histéricas, o mejor dicho, a la inocuidad moral del histerismo, inocente en sí de todos los desmanes que se le han achacado. Hoy predomina el criterio de que ninguna histérica, por nada más que serlo, está fatalmente marcada con un indeleble estigma moral. Las his-

téricas, según Janet (12), pueden ser viciosas y perversas y lo son frecuentemente; pero estos defectos no deben cargarse a la cuenta de la enfermedad, pues existirían lo mismo aunque ésta faltara. Lewandowsky (13) opina también que toda especificación del carácter histérico en la esfera moral es falsa por no poseer aquél ninguna particularidad privativa de esta índole, y si hay histéricas que son embusteras y envidiosas e infernadoras, también lo es que constituyen la excepción, y que asimismo existen, por desgracia, muchas mujeres no histéricas dotadas de esas lamentables cualidades.

Hoche (14) se pronuncia en contra de la antigua concepción del carácter histérico definido por el egoísmo, la inclinación a intrigar y a mentir, etc., y declara que el histerismo puede afectar a todo género de personas, de condiciones morales muy diferentes, virtuosas unas, viciosas otras, y que la razón de las imperfecciones éticas de algunas de ellas debe buscarse, no en la enfermedad que padecen, sino en las circunstancias individuales. Pilcz (15) atribuye al estado degenerativo del que es frecuente expresión el histerismo, los defectos morales existentes en los sujetos que le sufren, y agrega que algunos de éstos observan una conducta rigurosamente ajustada a las más severas prescripciones éticas.

De idéntica opinión es Cramer (16), que también asigna la misma influencia antimoral a los factores degenerativos, que a la vez que predisponen al histerismo engendran diversas anomalías afectivas, y en prueba de ello alude a los casos en que la perversidad moral es tan acentuada que se destaca en primer término en el síndrome psicopatológico, mientras que los síntomas histéricos propiamente dichos, son, por el contrario, sumamente discretos, de suerte que deben considerarse estos casos como formas de transición entre el histerismo y las vesanias degenerativas. Saville (17), no obstante escribir en Inglaterra, país donde según he indicado ya, tan arraigado se halla el prejuicio de la inmoralidad de las histéricas, desecha también esa injusta calificación.

La rehabilitación moral de las calumniadas histéricas va

siendo, pues, completa, merced a la convergencia de los redentores esfuerzos de tantos y tan eminentes neurólogos, psicólogos y psiquiatras, y no sólo se tiende a borrar totalmente el recuerdo de los antiguos agravios, sino que a impulsos de una generosa reacción reparadora, autores hay que han entonado ditirámicos elogios en loor de esas enfermas, distinguiéndose entre ellos Tanzi (18), quien poéticamente dice que si un exceso de egoísmo, o mejor dicho de subjetividad, hace voluble la conducta de los histéricos, aumenta en cambio la gama de su conciencia ética y estética, y cuando los sujetos son muy inteligentes, lo que no es raro, puede ocurrir que por mérito del histerismo descubran puntos de vista nuevos y dominen horizontes más vastos que los reservados a la mediocridad fisiológica. No hay poesía sin una sombra al menos de histerismo, continúa afirmando el ilustre psiquiatra italiano; el histerismo en proporciones moderadas comunica gracia y espontaneidad, aun a personas de inteligencia limitada; es el contrapeso de la rutina, de la pedantería, del misoneísmo, y por eso las histéricas se sienten atraídas hacia el héroe, hacia el mártir, hacia el extranjero, hacia el condenado, y al mismo tiempo ejercen cierta atracción sobre los hombres; entre la multitud femenina, las histéricas representan siempre la tendencia revolucionaria, algunas veces en sentido progresivo (*). Los hombres, por su parte, sienten bajo el influjo del histerismo exquisiteces ignoradas por los normales, de un egocentrismo a ultranza, pero que, transportadas al terreno del arte, son comprendidas y apreciadas por todos.

Sin dejarme arrastrar por arrebatos de lírico entusiasmo hasta el punto de suponer en el histerismo un envidiable estado de perfeccionamiento mental y una a modo de bienhechora superioridad afectiva e intelectual, reconociendo, por

(*) Como ejemplo puede citarse el actual movimiento sufragista en Inglaterra.—*N. del A.*

el contrario, que de él, como del alcohol, debe justamente afirmarse que si en ocasiones produce una aparente y transitoria exaltación psíquica que estimula las facultades mentales del sujeto y le hace parecer más inteligente y más afectuoso, realiza este exceso de rendimiento a expensas de las mismas funciones excitadas, y produce en última instancia una degradación de las mismas y un relajamiento del nivel moral; con todas estas reservas, que no son más que la confirmación de mi creencia, reiteradamente manifestada ya, de que el histerismo es un estado de insuficiente evolución psíquica, debo también declarar que he tratado a histéricas admirablemente dotadas desde el punto de vista intelectual y moral, verdaderos dechados de todo género de virtudes, intachables en el concepto ético, que a nadie sino a sí mismas hacían víctimas de su dolencia, y que en este sentido eran la más completa antítesis de los monstruos de perversidad a que he aludido al comienzo de este capítulo. En particular conservo el recuerdo de dos religiosas, modelos de piedad, adoradas por sus compañeras de religión, que hubieron de dejar temporalmente la clausura para ser curadas de accidentes histéricos, paroxismos convulsivos en la una, y crisis de narcolepsia en la otra, y que durante los meses que permanecieron fuera del convento no sintieron desfallecer su firme vocación, y una vez restablecidas volvieron gozosas al claustro, donde han continuado dando pruebas de edificantes virtudes.

Este capítulo que comenzó con las más duras imprecaciones contra ciertas histéricas, termina con sinceras alabanzas a otras. ¿Existe contradicción?, en modo alguno, porque los dicterios y los loores se dirigen a personas de categoría muy distinta, que no tienen de común más que el padecer histerismo; aquéllas son verdaderas plagas familiares y sociales, odiosos abortos de la degeneración, mientras que estas son seres muy bien dotados intelectualmente, de costumbres y sentimientos irreprochables, no obstante padecer formas de histerismo a menudo más graves que las que sufren las pri-

meras. Es, por lo tanto, lógicamente imposible atribuir una significación moral determinada a una psiconeurosis que afecta a personas de tan opuestas condiciones éticas, y, por consiguiente, la conclusión conque cerraré este capítulo, como síntesis de todo lo en él expuesto, es la de que los histéricos de uno y otro sexo, por sólo serlo, no se pueden calificar ni de buenos ni de malos, y que todos los defectos morales que muchos de ellos presentan no deben achacarse al histerismo, sino al fondo degenerativo coincidente que a él pre-dispone.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—LOUYER-VILLERMAY: *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs*. París, 1816.
- 2.—GALL: *Sur l'origine des qualités morales et des facultés intellectuelles de l'homme*. París, 1826.
- 3.—BRIQUET: *Traité de l'Hystérie, clinique et thérapeutique*. París, 1859.
- 4.—LEGRAND DU SAULLE: *Les hysteriques*. París, 1891.
- 5.—CHARCOT: *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*. París, 1889.
- 6.—GILLES DE LA TOURETTE: *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, tomo I, pág. 519. París, 1891.
- 7.—DUPRÉ y LOGRE: *Hystérie et mythomanie, L'Encephale*, II, 1911.
- 8.—PITRES: *Leçons cliniques sur l'hystérie*, tomo II, página 47. París, 1891.
- 9.—M. HUCHARD: *Caractère, mœurs, état mental des hystériques*. *Archives de Neurologie*, I, pág. 202, 1882.
- 10.—ZIEHEN: *Psychiatrie*, 3.^a edición, pág. 563. Berlín, 1908.
- 11.—BIANCHI: *Trattato di Psichiatria*, pág. 505. Nápoles (sin fecha).
- 12.—P. JANET: *L'état mental des hystériques*, 2.^a edición. París, 1911.
- 13.—LEWANDOWSKY: *Die Hysterie*, pág. 131. Berlín, 1914.
- 14.—HOCHÉ: *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*, página 733. Berlín, 1909.
- 15.—A. PILCZ: *Spezielle gerichtliche Psychiatrie*, págs. 90 y 91. Leipzig, 1908.
- 16.—CRAMER: *Gerichtliche Psychiatrie*, 4.^a edición, pág. 353. Jena, 1908.
- 17.—SAVILLE: *Lectures on Hysteria*. Lección VI. Londres, 1909.
- 18.—TANZI: *Trattato delle malattie mentali*, pág. 541. Milán, 1905.

VI

EL PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis es un procedimiento psicoterápico y psicodiagnóstico fundado en las ideas de Freud sobre la génesis sexual de las psiconeurosis, y que mediante una técnica especial por este autor inventada se propone descubrir el mecanismo patogénico de los síntomas de aquellas enfermedades y combatirlos mediante una intervención psíquica. Si el psicoanálisis cumpliera en el campo del diagnóstico y del tratamiento de las psiconeurosis todo lo que promete, ello sólo bastaría para considerarle como una de las más útiles conquistas de que pudiera enorgullecerse la humanidad; pero la ambición de los promotores del método no se contenta con estos triunfos que pretenden obtener en la esfera de la Medicina, y prolongando desmesuradamente su alcance aspiran a convertirle en procedimiento universal de investigación y de progreso psicológicos, aplicable a todas las manifestaciones, no sólo patológicas, sino también fisiológicas de la mente, en la vigilia y en el sueño, en la vida vulgar, en la literatura, en el arte y hasta en la ciencia misma.

El psicoanálisis representa el aspecto práctico, de aplicación a la investigación, al diagnóstico y a la terapéutica de la doctrina de Freud; para llegar a una exacta comprensión de aquél precisa, por lo tanto, conocer ésta en su conjunto, y por esta razón no me limitaré en este capítulo a exponer la técni-

ca y los resultados del psicoanálisis, sino que haré un estudio sintético, todo lo completo posible, sin perjuicio de la brevedad de dicha doctrina, de la que ya me he ocupado someramente en el capítulo primero. Antes de pasar adelante haré constar que la denominación de psicoanálisis me parece poco apropiada por demasiado comprensiva, pues hay muchas maneras de analizar la psiquis distintas de la preconizada por Freud; sin embargo, como este nombre ha sido ya consagrado por el uso, debe diputarse por bueno.

La doctrina de Freud, extraña, original y apasionante por sus exageraciones mismas, ofrece como carácter fundamental la importancia extraordinaria y sin par que concede a los fenómenos sexuales en los procesos psíquicos normales y patológicos, considerando como particularmente fecunda en consecuencias perturbadoras del funcionamiento mental a la actividad sexual en la infancia, época de la vida en que generalmente se supone que la sexualidad permanece latente. Esta teoría dista mucho de ser original en su fundamento primero, pues desde muy antiguo se viene reconociendo a las manifestaciones del instinto sexual la influencia que legítimamente les corresponde en los hechos psicológicos, o en más generales términos, biológicos. La novedad de la concepción freudiana consiste en la hiperbólica ampliación de la esfera de influjo de la sexualidad, ampliación que continúa en progresivo e incesante aumento a medida que los trabajos de la escuela psicoanalista la van anexionando nuevos territorios; nacida esta concepción en el campo de las psiconeurosis, y más concretamente en el del histerismo, se ha ido gradualmente haciendo extensiva a todas las demás afecciones neurósicas, a la psicología normal, tratando de explicar la génesis de los sueños y de muchos actos inconscientes de la vida diaria, a las creaciones del arte, etc., y actualmente va invadiendo el terreno de la Moral, el de la Sociología y el de la Psiquiatría propiamente dicha, pretendiendo interpretar la patogenia de ciertas psicosis, como la demencia precoz, la paranoia, etc.

Otro rasgo original de la hipótesis de Freud, y ciertamente uno de los que más acerbas censuras le ha valido, es su concepto de la intensa actividad sexual infantil, en la que supone los gérmenes no sólo de la sexualidad normal del adulto, sino también de todas las perversiones, aberraciones, anomalías, etcétera, que en éste pueden darse, y no únicamente en la esfera sexual, sino en todas las funciones neuropsíquicas.

Han tenido las ideas de Freud el privilegio de enardecer los ánimos en términos tales que han suscitado apasionadas discusiones, en las que se han pronunciado fogosas peroratas en pro y en contra, y llegando impugnadores y prosélitos en el ardor de la polémica a tachar de patológico el estado mental de sus contrarios; hasta los sesudos y flemáticos psicopatólogos tudescos han perdido en esta ocasión su clásica e imperturbable serenidad, y han dirigido a Freud y a sus secuaces invectivas que éstos, por su parte, les han devuelto cumplidamente.

Es, en verdad, la doctrina de Freud de las que no se pueden leer indiferentemente, pues contiene una tan desconcertante mezcla de perspectivas geniales, casi sublimes, y de estupendas extravagancias, que según se fije el ánimo del lector en aquéllas o en éstas, se sentirá poseído de férvida admiración o de irrefrenable ira; yo, atendiendo a las impresiones que he experimentado al estudiar las obras de Freud, puedo asegurar que en algunos momentos he estado a punto de venerarle como el más genial psicólogo que han visto los siglos; pero a renglón seguido, estupefacto por lo que leía, he llegado a dudar de que tales enormidades estuvieran escritas en serio, y me he explicado que algunos, en el colmo de la indignación, hayan calificado al autor de paranoico o de obsesionado erotómano.

Esta teoría tan extraña, tan múltiple en sus aplicaciones, aunque sencilla en sus fundamentos, tan duramente combatida por unos y tan ardientemente defendida por otros, pues constituye el asunto que más intensamente ha preocupado a los psicólogos y psiquiatras de nuestros tiempos, necesita ser

expuesta con mucha claridad y método para que su comprensión sea fácil. Con objeto de lograr tal propósito dividiré este estudio en cinco partes, en las que respectivamente me ocuparé de la evolución de la doctrina de Freud, de los fundamentos psicológicos de la misma, de su aplicación a la patogenia del histerismo (que es el punto que especialmente interesa en este libro), de la práctica y empleo del psicoanálisis, y, por último, de la crítica general de éste y de la teoría freudiana.

Cuenta este asunto con una bibliografía formidablemente abrumadora, fiel expresión del interés que despierta en el círculo de la Neurología y de la Psicopatología. Como el número de trabajos publicados asciende ya a muchos centenares, en la imposibilidad de consignarlos todos, me he visto precisado a hacer una selección de los a mi juicio más importantes, que son los que figuran en la nota bibliográfica inserta al final del capítulo; no se trata de una relación completa, y quien desee conocer todo lo escrito sobre esta materia debe consultar las publicaciones sintéticas que a continuación citaré; pero advirtiéndole que ninguna de éstas reúne la bibliografía íntegra, aunque sí se puede poseer ésta reuniendo varias de esas revistas de conjunto.

Como en materia tan discutida la profusa repetición de numerosas citas embrollaría el relato y perjudicaría a su claridad, para obviar este inconveniente y reducir a su minimum las susodichas citas, empezaré por consignar aquí los trabajos fundamentales que debe consultar todo el que desee conocer a fondo la evolución y la transcendencia del freudismo; así quedará notablemente simplificada la exposición de los hechos y aligerada la documentación bibliográfica en que se apoya. Estos escritos principales, que contienen cuanto de más substancial se ha dicho a favor y en contra de la teoría freudiana, son las siguientes: ante todo, las primitivas publicaciones de Breuer y Freud (1 y 2) (*) y las numerosas de

(*) Consúltese la nota bibliográfica al final del capítulo.

Freud solo (3 al 16), de las que únicamente menciono algunas, las que creo más interesantes (la enumeración completa se encuentra en el libro de Hitschmann y en los artículos de Regis y de Assaglioli); después, las publicaciones de proselitismo de Abraham (17 a 19), Adler (20 y 21), Bleuler (22 y 23), Ferenczi (24), Isserlin (25 a 27), Jung (28 a 31), Maeder (32 a 34), Rank (35 a 37), Stekel (38 y 39), Brill (40 a 42), Jones (43), Putnam (44), Assaglioli (45); finalmente, los trabajos críticos de Montet (46), Dubois (47), Kostileff (48), Ladame (49), Kronfeld (50), Naecke (51), Aschaffenburg (52), Friedlaender (53), Schultz (54). En español conozco dos excelentes artículos: uno de Gayarre (55) y otro de Bañuelos (56), este último muy reciente.

La secta freudiana posee varios periódicos especiales: el *Fahrbuch für psycho-analytische un psycho-pathologische Forschungen*, el *Zentralblatt für Psychoanalyse*, la *Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften (Imago)*, las *Schriften zur angewandten Seelenkunde*, la *Internationale Zeitschrift für Aertzliche Psychoanalyse*, la *Psychoanalytic Review*, enteramente dedicados a la publicación de trabajos de la escuela psicoanalista; éstos son insertados también a menudo en otras revistas, no exclusivamente consagradas al freudismo, como la *Zeitschrift für Psychoterapie und medizinische Psychologie*, la *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, el *Sexualprobleme*, la *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, la *Zeitschrift für angewandte Psychologie*, el *Journal of abnormal Psychologie*, etcétera.

No es preciso hojear toda esta inmensa bibliografía para formarse una idea suficientemente exacta y completa de la teoría de Freud y de las diversas aplicaciones que sus partidarios le atribuyen; para ello basta la atenta lectura de las obras de conjunto a ella referentes, la mejor de todas las cuales es el libro de Hitschmann (57), siendo también muy interesante el de Ernest Jones (58) abundantemente nutrido de trabajo original; así mismo son muy recomendables las revistas críticas de Frank (59) y de Regis y Hesnard (60).

Evolución de la doctrina de Freud.

La teoría freudiana, nacida modestamente de la observación de un caso de histerismo, ha adquirido en un lapso de tiempo de poco más de veinte años tan vasto desarrollo, que seguramente no lo soñó tal su autor al concebir su primer humilde germen.

Hace un cuarto de siglo, en los comienzos de su práctica, Freud visitó e hizo prolongada estancia en las clínicas neuropatológicas francesas, donde en aquella fecha eran objeto de asiduo estudio los problemas relacionados con la patogenia y con la terapéutica de las neurosis, se asimiló las enseñanzas de Charcot y de Bernheim, cuyas obras tradujo al alemán, y contando con tan firme base comenzó sus investigaciones originales sobre los trastornos psiconeuróticos, publicando, en colaboración con Breuer en el año 1893, su primer trabajo titulado *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histericos* (1), al que siguió dos años después, también con el concurso de Breuer, la obra llamada *Estudios sobre el histerismo* (2).

En estas primeras producciones aparecen ya esbozadas las líneas generales de la concepción freudiana que tuvo su punto de partida en el llamado por Breuer *método catártico*, mediante el cual había éste curado diez años antes un caso grave de histerismo; ese método consistía en la depuración de la mente por expulsión o eliminación de la misma de ciertas reminiscencias inconscientes dotadas de una enérgica carga afectiva a ellas adherida y que causan variadas perturbaciones nerviosas y psíquicas, las cuales cesan cuando aquellas reminiscencias son extraídas del fondo de lo inconsciente y evidenciadas a la luz de la conciencia. Breuer y Freud llegaron a la conclusión de que todos los síntomas del histe-

rismo son debidos a la acción persistente de un trauma psíquico pretérito, generalmente sexual, siendo caracteres distintivos de los recuerdos histerógenos la permanencia del alto valor afectivo de los mismos, su disimulación en el campo de lo inconsciente, donde subsisten ignorados de la conciencia, y su falta de neutralización por los procedimientos que habitualmente pone la actividad psíquica en juego para librarse de las remembranzas penosas.

En estos conceptos primordiales de la teoría de Breuer y Freud sobre el histerismo, hállanse contenidos todos los fundamentos esenciales de la teoría freudiana, que tan amplio desenvolvimiento había de alcanzar después, y como dichos conceptos tuvieron su origen en el método catártico de Breuer, éste debe ser considerado como el inspirador inicial del freudismo; pero es curioso saber que la primera idea del mencionado método le fue sugerida a este autor por la propia enferma en que primeramente se empleó, la cual había observado que después de las sesiones de hipnotismo, en las que espontáneamente manifestaba pensamientos ajenos a su mente en el estado vigil, se encontraba notablemente aliviada de las molestias que sufría; la paciente, que hablaba correctamente el inglés, llamaba al acto de provocar esas benéficas descargas de representaciones provistas de intenso tono afectivo, *chimney sweeping* (limpiar o deshollar el tiro de la chimenea); Breuer, comprendiendo la importancia de este procedimiento, le perfeccionó, le sistematizó y le dió el nombre de método catártico; después, Freud dedujo a su vez de éste todas las complejas inferencias que han constituido su magna teoría, de modo que puede exactamente afirmarse que la idea capital, la verdadera piedra angular de ésta, no se debe a la inventiva de ningún sabio, sino a la auto-observación de una enferma.

Limitados en su origen los estudios de Freud al histerismo, con el principal propósito de hallar un eficaz procedimiento de tratamiento psíquico, muy pronto comenzó a extender el radio de sus investigaciones, al mismo tiempo que

enriquecía su esquema teórico con detalles cada vez más minuciosos y simultáneamente con puntos de vista más generales y más trascendentes. Sin abandonar todavía el fértil campo de las psiconeurosis y considerando al histerismo como una reacción patológica de defensa neuropsíquica, al igual que las obsesiones y las fobias, publicó en 1894 un importante trabajo (3) sobre las neurosis de defensa o protectoras (*Abwehrneurosen*), y al año siguiente otro sobre la neurosis de angustia (3 bis), también de excepcional interés. Más adelante, acentuando siempre de modo progresivo la importancia etiológica de los fenómenos sexuales, vió la luz en 1898 un artículo sobre la *Sexualidad en la etiología de la Psiconeurosis* (5) (paso por alto otras publicaciones intermedias porque mi propósito no es redactar una lista completa de los escritos de Freud, sino únicamente señalar las etapas principales de la evolución de su doctrina). En el mismo año, traspasando ya los linderos de la patología y haciendo extensiva su concepción psicogénica, basada esencialmente en el predominio de los motivos sexuales, a la interpretación de los hechos de la psiquis normal, dió a conocer sus trabajos sobre la explicación de las vulgares deficiencias de la memoria y de la ocultación de los recuerdos; poco después, en 1900, publicó una de sus más famosas obras de la que se han hecho varias ediciones en diversos idiomas, la *Significación de los sueños* (6), que hace época en la historia del freudismo, por aparecer en ella plenamente expansionadas las propiedades distintivas de la doctrina y por haberse en su consecuencia convertido en materia de inacabables polémicas.

Tan importante como la anterior es la producción titulada *Psicopatología de la vida cotidiana* (7), en la que Freud pretende demostrar el papel tan importante como generalmente ignorado que la actividad sexual desempeña en la génesis de hechos comunes que se suelen considerar como casuales. De esta obra y de la referente a los sueños me ocuparé en detalle al tratar de los fundamentos psicológicos de la teoría de Freud, pues en ambas ha consignado su autor

lo más esencial de su doctrina, llegada ya a plena madurez; al mismo intento de aplicación de su teoría psicosexual a los hechos psíquicos normales, responde su obra sobre *El Ingenio y su relación con lo inconsciente* (9) publicada en 1905; del mismo año son dos trabajos sobre la teoría sexual (10) y sobre análisis de un caso de histerismo (11) de no gran extensión, pero interesantes porque en ellos el autor precisa y amplifica, confirmandolos siempre, los conceptos ya anteriormente expresados.

Importa también conocer dos Memorias del año 1908, una relativa a las conexiones del *Carácter y erotismo anal* (12) y otra que se refiere a la *Teoría sexual infantil* (13), porque en ellas se manifiestan con insuperable evidencia las censurables extravagancias a que ha conducido la exageración de una teoría que contenida dentro de más discretos límites hubiera podido aceptarse como aproximada a la verdad, al menos en parte. Esas absurdas incongruencias, ese desenfrenado y arbitrario simbolismo y esos disparatados sofismas que tanto abundan en los últimos escritos de Freud, y, sobre todo, en los de sus secuaces, que cual comúnmente ocurre ostentan todos los defectos del maestro y nada de su talento, han causado más daño a su doctrina que todas las diatribas de sus adversarios, pues le han restado el apoyo de muchos sensatos pensadores y han desatado contra ella la irritación de gran número de sabios que hasta entonces no habían tenido jamás ocasión de indignarse en el terreno científico, y de ello puede servir de ejemplo la durísima crítica del profesor Hoche (61), inserta en una publicación tan seria y tan venerable como el monumental *Archiv für Psychiatrie*.

De la labor realizada por Freud en esta última y más reciente época sólo considero digno de mención el artículo sobre el *Porvenir del Psicoanálisis* (16), que vio la luz en 1910. Freud, persiguiendo siempre la expansión de su teoría, la aplica a la interpretación de la total vida psíquica de los individuos, y aun de las sociedades, como constituidas

por el conjunto de aquéllos, a la resolución de los problemas morales, y de las cuestiones que estudiâ la ética, a la prevención y a la cura de los males psíquicos que afligen a la humanidad, al mejoramiento de las condiciones que al hombre impone la vida civilizada, a todos los motivos, en suma, que se oponen a la conquista de la felicidad y que representan el fermento de disgusto y de protesta que, latente o manifiesto, existe en todos los países cultos. El programa trazado por Freud en estos últimos escritos suyos no puede ser más vasto; lo que comenzó siendo modesto método psicoterápico para curar el histerismo se ha convertido en panacea para combatir todas las miserias que pesan sobre la triste humanidad; debè, sin embargo, confesarse que al lado de exclusivismos inaceptables y de supuestos completamente falsos, contiènense en los más recientes trabajos de Freud ideas plausibles, siendo muy acertados y razonables los términos en que expone la íntima relación existente entre el grado de cultura individual y colectivo, la represión de los bajos impulsos y la sublimación de los mismos, nombre que da a la transformación de su carga afectiva en sentimientos más nobles y elevados, pero reconociendo al mismo tiempo que no a todos los sujetos les es dado ese poder con la perfección apetecible y que también los llamados instintos animales, tan hondamente arraigados en nuestro sér, tienen derecho a su satisfacción dentro de moderados y justos límites, no pudiendo en absoluto prescindirse de ellos sin riesgo de la salud psíquica del sujeto.

No sólo Freud, sino también varios de sus prosélitos han trabajado en dilatar el radio de acción del Psicoanálisis, habiéndose sobre todo ejercitado el esfuerzo de éstos en el campo de la Psiquiatría. Ya Freud había hecho aplicación de su método a algunos casos de paranoia y de melancolía periódica, pero la más intensa labor en este sentido se debe a Jung por sus trabajos sobre la *Psicología de la demencia precoz* (28); a esta misma psicosis se refieren también varias de las publicaciones de Bleuler (62) de Abraham (63), y de Maeder (32);

éste último se ha ocupado asimismo de las relaciones de la sexualidad con la epilepsia (33); Abraham (64) antes citado, ha escrito también acerca de la interpretación psicoanalítica de la locura maniaca-depresiva, de la que igualmente ha tratado Otto Gross (65), así como Jones de la lipomanía (66) y Riklin (67) de las psicosis de los presos.

Como consecuencia de esta incesante dilatación de su esfera de influencia, la doctrina freudiana constituye hoy un sistema psicológico que aspira a dominar, no sólo el total campo de las psiconeurosis, sino también el de la Psiquiatría y el de la Psicología normal, y pretende invadir el de otras muchas ciencias como la Ética, la Sociología, la Antropología, la Criminología y hasta la Filología, la Mitología y la Historia.

La expansión geográfica del freudismo ha sido muy desigual; los dos focos principales radican en Austria y en Suiza, y una colonia muy próspera existe en la América del Norte donde numerosos psicopatólogos canadienses y yankees practican con fervor el rito psicoanalista. En Alemania ha encontrado esta doctrina una enérgica oposición, y en los países latinos ha atraído principalmente la atención en el concepto de extraña aberración científica, pero ni en nuestra patria ni en las naciones de la misma raza cuenta apenas prosélitos.

Fundamentos psicológicos de la teoría freudiana.

No ha ordenado aún Freud la totalidad de su doctrina en un homogéneo y metódico cuerpo expositivo didáctico; pero repasando sus escritos, encuéntranse en ellos frecuentemente repetidos, a modo de temas o motivos directores, los conceptos psicológicos fundamentales que sirven de cimientos a toda su construcción teórica, y es empresa no sencilla, pero sí fac-

tible, la de entresacar todos esos conceptos esenciales y combinarlos entre sí, de suerte que formen un sistema armónico que merecerá llamarse compendio de la psicología freudiana. Esta labor ha sido con mucho acierto realizada por Ernest Jones (68), y por Regis y Hesnard (60) y yo, aunque reconozco el mérito del trabajo de estos autores y trataré de imitarles, citándoles también en alguna ocasión, seguiré un rumbo distinto, y las conclusiones a que llegue serán bastante diferentes.

La psicología de Freud presenta como características de máxima importancia el reconocimiento de la existencia de dos complejos o asociaciones de ideas, tendencias, afectos, etcétera, de procesos mentales en suma, distintos y en gran parte antagonistas en su aspiración al predominio en la vida psíquica, que son el complejo sexual y el complejo egoísta o del yo; Freud atribuye la preeminencia de acción al primero y todas sus concepciones psicológicas, patogénicas, etc., giran en torno de ésta para él indiscutible preponderancia del complejo sexual en el funcionamiento psíquico.

Empiezo por declarar que esta noción del antagonismo de los dos complejos resulta demasiado artificial, pues lo cierto es que ambos colaboran a menudo íntimamente unidos en muchas de las manifestaciones de la sensualidad, a la vez apetecidas por el instinto egoísta y por el sexual. Además, la separación de los dos complejos resulta obscurecida por la enorme extensión que Freud atribuye a la actividad sexual, en la que incluye muchos fenómenos de la nutrición individual y otros puramente intelectuales, limpios de todo matiz sensual. Esta desmesurada ampliación del concepto de la sexualidad es uno de los más capitales errores de la doctrina freudiana.

Otro de los caracteres primordiales de la psicología de Freud, y por cierto mucho más exacto que el anterior, es la gran importancia que asigna a lo inconsciente en las funciones psíquicas. Sin ser en esto original, pues ya muchos psicólogos, y especialmente Janet (69), en sus estudios sobre

las psiconeurosis habían demostrado la gran influencia de los procesos ajenos a la conciencia en los mecanismos mentales, debe reconocerse al psicopatólogo de Viena el mérito de haber aquilatado dicha influencia y de haberla precisado en términos que prueban la sagacidad de su espíritu de observación.

Lo inconsciente para Freud constituye un vasto círculo en el que se halla circunscrito lo consciente, de contenido mucho menor que el de aquél, y sometido al influjo de los procesos ignorados por la conciencia que en el mismo tienen lugar. Estos fenómenos inconscientes poseen, sin embargo, un lenguaje que cuando se sabe interpretar permite conocer aquéllos; de ese lenguaje forman parte los sueños, numerosos sucesos de la vida cotidiana que se tienen generalmente por fortuítos y muchos síntomas psiconeuróticos, hechos todos que son revelaciones de lo que existe más allá del fondo de la conciencia. Sin más que algunas reservas acerca del procedimiento de interpretación de estas manifestaciones de lo inconsciente, toda esta parte de la psicología de Freud puede estimarse como muy verosímil.

Freud, demasiado esquemáticamente, supone que la vida mental se desenvuelve entre dos opuestos polos, a los que denomina, respectivamente, norma del goce y norma de la realidad (recuérdese lo a este propósito dicho en el capítulo anterior); la primera representa la modalidad primitiva del funcionamiento psíquico, por lo que se observa fisiológicamente en el niño y en los individuos desprovistos de toda cultura; es tendencia de esta norma la inmediata satisfacción de todos los deseos sensuales, prescindiendo, o mejor dicho, ignorando todo género de consideraciones morales y sociales; la segunda norma, la de la realidad, es evolutivamente posterior a la primera, y oponiéndose a sus extravíos la corrige, poniendo al sujeto en condiciones de adaptación a la realidad no sólo humana, sino también social, y sometiendo los apetitos sensuales a la soberanía de la razón y de las leyes éticas, permite la sustitución de los placeres groseros e inme-

diatos por otros más remotos, pero más nobles; es de advertir, sin embargo, que esta tendencia, aunque domine a la primera, no puede en modo alguno anularla, debiendo transigir con ella. Esta concepción, si bien un tanto artificiosa y metafórica, es muy racional; pero debe advertirse que no contiene nada nuevo, pues la tesis en ella sustentada es en el fondo la misma mantenida desde hace muchos siglos por un gran número de filósofos, y, sobre todo, por los moralistas cristianos.

Como dice muy exactamente Jones, Freud ha forjado una concepción esencialmente dinámica de la vida mental, concediendo toda la importancia que en realidad tienen a los movimientos afectivos; pero en este punto no permito yo añadir que me parece exageradamente artificial la separación que establece entre las representaciones y su carga afectiva, la cual representa principalísimo papel en su teoría patogénica; supone a dicha carga afectiva capaz de disociarse de la representación correspondiente, de disimularse en lo inconsciente, donde puede permanecer muchos años en estado de latencia, de unirse a otras ideas, de convertirse en fenómenos físicos, etc. Este aislamiento y cristalización o individualización autonómica de un acto afectivo no pasa de ser una abstracción imaginaria, difícilmente concebible como hecho real, y desde luego incompatible con el *devenir* constante que informa a toda la vida psíquica.

A parte del predominio de lo inconsciente y en este de la actividad sexual, otro rasgo característico de la psicología freudiana es la persistencia y la inmutabilidad que a aquél atribuye, estimándole ya constituido en sus más esenciales factores en los primeros años de la vida. Esta consideración me lleva a exponer el extraño parecer de Freud sobre la psiquis infantil, acerca de la cual ha emitido conceptos que constituyen uno de los más extraviados aspectos de su doctrina, y que, por lo mismo, le han valido muy acerbas, pero muy justas censuras. Para él la sexualidad es mucho más precoz de lo que generalmente se supone, dando en el niño mues-

tras de intensa actuación desde el instante del nacimiento. La sexualidad en la primera infancia se caracterizaría por el autoerotismo, por la ausencia de objeto del deseo sexual, que es, por tanto, puramente subjetivo e indiferenciado y por la diseminación de las zonas erógenas, que son los puntos de partida del placer erótico. Antes de pasar adelante, ruego al lector que prepare su ánimo a la sorpresa porque aquí van a comenzar las estupendas afirmaciones que tan ruidosa fama han dado al freudismo; para el fundador de la secta sería una zona erógena preferente en el niño de pecho la de los labios; por eso los lactantes, cuando hacen movimientos de succión, *a vacuo*, o se chupan los dedos, no verifican actos automáticos, sino que realizan maniobras de masturbación que terminarían a menudo por el orgasmo venéreo; de esta preponderancia de determinadas zonas erógenas se conservarían vestigios hasta en la edad adulta, y así, el niño que cuando estaba en mantillas manifestó acentuada tendencia a realizar movimientos de succión, cuando sea hombre se distinguirá por su afición a los besos perversos, o a la práctica cunilingüe, o si es histérico padecerá síntomas relacionados con las funciones digestivas, como anorexia, vómitos, espasmo exofágico, etc. También la región anal estaría dotada en los niños de pecho de una exquisita sensibilidad erógena, y esa es la razón, según Freud, de que algunas criaturas repriman la defecación, haciéndose voluntariamente estreñidas, porque la acumulación de las materias fecales en el recto y su expulsión en grandes cantidades les produce una sensación voluptuosa. ¡Qué más, la incontinenia de orina, normal en los primeros años de la vida es una manifestación de erotismo, porque cada micción debe considerarse equivalente a una polución! Además ejecutaría frecuentemente el lactante manipulaciones masturbatorias por presión con las manos, muslos, etc. Todos estos singulares asertos van desprovistos de pruebas; pero como este es un defecto común a casi todos los dogmas freudianos, será objeto de una crítica común al final del capítulo.

El niño, en los dos primeros años, es para Freud no sólo intensamente erótico, sino además *polimorfamente perverso*, en el sentido de que todas las perversiones sexuales del adulto tienen su origen en la perversidad normal de la primera infancia. Sobreviene luego una fase de latencia, pero de poca duración, pues a los tres o cuatro años comienza a manifestarse de nuevo la actividad sexual, aunque ya con caracteres distintos, siendo la principal diferencia la transformación del sexualismo autóctono en heteroerotismo, con elección de objeto distinto del propio sujeto, del mismo o de contrario sexo que éste; además, las zonas erógenas se reducen en número y extensión, y comienza la represión de los impulsos sexuales, así como la sublimación de los mismos, o sea su transformación en sentimientos más elevados. El primer objeto de los deseos sexuales del niño suele ser una persona de su familia, madre o hermana, generalmente la primera; según Freud, la inmensa mayoría de los niños normales, aman sexualmente a su madre, y además odian a su padre, ¡y hasta le desean la muerte! De modo que se da en ellos lo que llama el *complejo de Edipo*, por analogía con el argumento de la famosa tragedia de Sófocles.

En el niño serían frecuentes las maniobras vulgares de masturbación, pero además se debería atribuir el mismo sentido de satisfacción sexual a infinidad de actos, como los movimientos rítmicos del cuerpo en la marcha, por ejemplo, ¡y aun la concentración intelectual y el íntimo placer que se experimenta al realizar un grato trabajo mental! ¡Esto mismo ocurriría también en el adulto, de suerte que la resolución de un complicado problema matemático, o la investigación de un diagnóstico difícil no serían más que manifestaciones de la voluptuosidad sexual! Sin más comentarios, basta la simple enunciación de tales absurdos para demostrar los extravíos a que conduce la desmedida exageración del concepto de sexualidad.

En la pubertad, por último, se define definitivamente el carácter sexual del sujeto, adquiriendo estable supremacía

erógena la zona genital y determinándose la orientación objetiva de la tendencia erótica.

No menos fecunda en asombrosos hallazgos que la psicología infantil de Freud, es su opinión sobre el sentido de los sueños; para él son éstos revelaciones de lo inconsciente, análogas a los síntomas neuróticos, por depender ambos de excitaciones sexuales infantiles reprimidas. El ensueño significa siempre la tendencia a la satisfacción de un deseo de carácter sexual, y ni las pesadillas pueden excluirse de esta interpretación, siendo un ansia erótica el contenido esencial de todo ensueño, aun de los en apariencia más poéticos y sublimes, y si dicho contenido casi nunca es patente, se debe a los complicados procesos de condensación de hechos, de derivación del impulso primordial y de elaboración secundaria de que todos los sueños son objeto.

Para defender sus aseveraciones supone Freud en los sueños un simbolismo tan multiforme y tan acomodaticio, que le permite subordinarlos todos a su hipótesis. Así, ver en sueños un objeto largo, sea de la clase que fuere, chimenea, torre, árbol, mástil, lápiz, etc., es soñar con el pene; los órganos genitales femeninos tienen numerosos símbolos, como cajas, armarios, estufas ¡y paisajes!; soñar con un lugar donde ya se ha estado, es representarse las partes sexuales maternas ¡el paso en sueños por sitios muy estrechos, es una reminiscencia del acto del nacimiento, lo mismo que soñar que se está o que se cae en el agua!

No se agotan con esto las extrañas opiniones que a Freud ha sugerido el estudio de los sueños; pasando del amor al odio, los que tienen como asunto la muerte de un sér querido, indican sencillamente que se desea que desaparezca del mundo de los vivos, ¡así sea el propio padre del durmiente y aunque tal pesadilla le produzca indecible angustia! Esta angustia, dice Freud, que es el esfuerzo de la conciencia mal dormida para reprimir el surgimiento del deseo inconsciente, y en realidad la explicación es sutil y acredita el ingenio de su autor.

Freud señala también las analogías de los sueños con muchas creaciones míticas y poéticas, así como con numerosas creencias y expresiones populares, y esta parte de su doctrina es ciertamente mucho más estimable que la referente a la interpretación del simbolismo hipócnico, poniendo de manifiesto una vez más la importancia de lo inconsciente y la comunidad de origen y naturaleza de los más elementales procesos de la vida psíquica; en la imposibilidad de desarrollar extensamente este tema, me limitaré a lo ya consignado y a citar los trabajos que de él tratan, que son, además de los de Freud mismo, los de Riklin (70), Rank (35, 36 y 71), Abraham (17), Jones (72 y 73), etc.

Idénticas conclusiones que de la significación de los sueños deduce Freud de la interpretación de un gran número de actos involuntarios que diariamente cometen los individuos normales, como olvidos, equivocaciones al hablar o al escribir, errores en la ejecución de hechos, movimientos automáticos, etc., que ha agrupado bajo la común denominación de *fenómenos psicopatológicos de la vida cotidiana* (7); para él son todos estos sucesos revelaciones de lo inconsciente, representando recuerdos rechazados por la conciencia, pero que persisten latentes y pugnan por exteriorizarse. Como expresión de que no hay en la vida humana ningún acto fortuito ni inmotivado, y que el llamado automatismo psíquico está regulado por los procesos inconscientes, es perfectamente admisible este concepto de Freud; pero su error, como siempre, está en atribuir a todos esos hechos un significado sexual, fundándose en que la capa inferior, la más antigua y la más firme, de la psiquis, es de total contenido erótico; además adolece de arbitrario el simbolismo que a la explicación de esos actos automáticos aplica, como también al resultado de los experimentos de asociación de ideas con los llamados vocablos reactivos, minuciosamente llevados a cabo, entre otros investigadores, por Jung (74).

Con el mismo criterio juzga Freud las relaciones de lo inconsciente con los rasgos de ingenio, con el humorismo y la

ironía, por él examinadas en su obra titulada *El ingenio y sus relaciones con lo inconsciente* (9), así como con los productos de la imaginación creadora, poética y artística.

En suma, el fundador del psicoanálisis cree encontrar en todas las manifestaciones de la actividad psíquica humana, desde los sueños hasta las más sublimes concepciones del genio literario, pruebas de su tesis psicológica predilecta, según la cual, las representaciones sexuales dotadas de intensa carga afectiva, y desterradas a lo inconsciente persisten allí, y por su potencial emotivo influyen de manera decisiva en las funciones psíquicas conscientes, perturbando unas veces su libre ejecución y sirviéndolas en otras de poderoso estímulo.

Así enunciada la concepción freudiana, no es susceptible de graves objeciones; el extravío comienza al afirmar el exclusivismo de los fenómenos sexuales en el terreno de lo inconsciente y al intentar la subordinación a esta omnímoda sexualidad inconsciente de casi todos los hechos psíquicos. Ya veremos a continuación que persistiendo en su error Freud, aplica el mismo criterio omnisexualista a la interpretación patogénica de las psiconeurosis, lo que si bien ofrece el mérito de ligar a éstas con los fenómenos psíquicos normales, ocasiona, en cambio, la repetición de los mismos errores en las páginas anteriores evidenciados.

La patogenia del histerismo, según Freud.

Oriunda la teoría freudiana de aquella parte de la Patología nerviosa que tiene por objeto el estudio de las psiconeurosis, ha conservado siempre, no obstante su progresivo crecimiento, especial predilección por los asuntos con esas afecciones relacionados, y singularmente con el histerismo, ya que como se recordará fue en la observación y en el tratamiento de una histérica donde apareció el primer germen de

dicha teoría. Freud ha dedicado a las psiconeurosis numerosas publicaciones, que en conjunto forman un completo sistema teórico y práctico sobre la patogenia, caracteres y tratamiento de estas enfermedades, y aunque aquí he de ocuparme especialmente del histerismo, para que se comprenda con claridad el concepto que de él se forma Freud, necesito antes dar a conocer sus ideas sobre las psiconeurosis en general, sobre su clasificación y sobre los rasgos distintivos de cada una de las formas distintas que admite.

Freud, fiel a su constante norma psicológica, empieza por declarar que todas las psiconeurosis son de origen sexual; en todos los casos, una exacta investigación anamnésica, revelará la existencia de causas sexuales, aun en aquéllos en que existen motivos de otra índole, como exceso de trabajo, preocupaciones graves, disgustos familiares, etc., en apariencia muy importantes, pero cuyo influjo, según demuestra el psicoanálisis, es muy inferior al de los agentes sexuales, los cuales desempeñan siempre el papel de causa primordial, y aun en los muy excepcionales casos en que esta etiología erótica falte en absoluto, no pudiendo descubrirse ni aun psicoanalíticamente, el mecanismo patogénico es aún sexual en el sentido de que pone en juego los procesos psíquicos de esta índole.

No niega Freud la colaboración de múltiples causas en la génesis de las psiconeurosis, y aunque siempre reservando el primer lugar a las sexuales, distingue las siguientes categorías de agentes etiológicos: 1.º, *causa predisponente*, que es la herencia, insuficiente por sí sola, debiendo distinguirse la propiamente dicha de la pseudoherencia o contagio mental, provocado por la convivencia del niño con sus padres neuróticos, y señalando la importancia como elementos degenerativos de ciertos estados patológicos de aquéllos, como la sífilis. 2.º, *la causa específicamente determinante*, que es siempre un trastorno afectivo sexual, generalmente ocurrido en la infancia; 3.º, *las causas concordantes o concurrentes* muy variadas, pero que en general suelen y pueden referirse a una educa-

ción defectuosa, con su perniciosa influencia en la formación ética; 4.^a, por último, *la causa ocasional o aparente*, que por lo común es una emoción actual. Esta clasificación etiológica es en extremo razonable y ortodoxa, salvo en la asignación del carácter de imprescindible y primordial a los fenómenos sexuales, que sería más acertado incluir entre las causas concordantes, colocándolas a lo sumo entre las más frecuentes y eficaces de éstas; con tal corrección, resulta perfectamente aceptable la susodicha enumeración de los agentes causales de las psiconeurosis.

En opinión de Freud, el influjo de la herencia en la génesis de las psiconeurosis se manifiesta por la producción de la que él llama *constitución psicosexual*, que se caracteriza por la existencia en el individuo que la posee de una impulsión vital anormalmente intensa y múltiplemente diseminada, la cual se revela por una precoz maduración sexual y después constituye el terreno abonado para el padecimiento de los diversos trastornos psiconeuróticos. Por consiguiente, no sólo en las causas determinantes de éstos, sino también en las predisponentes, hace jugar Freud el principal papel a los procesos sexuales.

Un innegable acierto de Freud es la asimilación que establece entre las manifestaciones psiconeuróticas y los fenómenos normales de la vida psíquica; con frase tan concisa como expresiva, afirma que los neuróticos sufren a consecuencia de los mismos complejos ideoafectivos con que los sanos luchan, tratando de reprimirlos, de expulsarlos de la conciencia; pero lo que ya no juzgo tan exacto es su aserto de que el núcleo de los complejos psiconeuróticos proceda siempre de los episodios sexuales infantiles. Como consecuencia de esta extraordinaria importancia que atribuye a la actividad sexual del niño, considera a todos los síntomas de las psiconeurosis como derivación de los caracteres de perversidad polimorfa, que según se recordará, ha atribuido a la sexualidad en la primera infancia; en esa polimorfamente perversa disposición erótica infantil tendrían sus raíces, no

sólo todas las perversiones sexuales del adulto, homosexualidad, fetichismo, sadismo, etc., sino también todos los trastornos psiconeuróticos, los cuales representan a modo de la *negativa*, en términos fotográficos, de las mencionadas perversiones, pues así como éstas consisten en la exteriorización libre de las tendencias aberrantes, aquéllos resultan de la represión y ocultamiento de las mismas tendencias.

Freud divide las psiconeurosis en dos grupos: el de las neurosis actuales o condicionadas por causas *in actu* y el de las psicógenas o psiconeurosis propiamente dichas, de contenido psíquico. En la primera categoría incluye a la neurastenia en sentido estricto, y a la neurosis de angustia, por él diferenciada de la anterior, en unión de la que constituye la neurastenia, tal como generalmente se concibe. En el segundo grupo figuran el histerismo y la neurosis obsesiva.

Del histerismo he de tratar con detenimiento por corresponder al asunto de este libro, y de la neurosis de angustia también me ocuparé con algún detalle, por constituir uno de los rasgos más salientes de la doctrina de Freud, y por tener con las manifestaciones histéricas relaciones puestas de relieve por Freud en la forma mixta que denomina *histerismo ansioso o angustia histérica*. De la neurastenia sólo incidentalmente diré que sería debida, según Freud, a los abusos de masturbación o a las pérdidas seminales involuntarias, concepto etiológico cuya lastimosa vulgaridad salta a la vista. Algo más profundo se muestra Freud en su análisis de la neurosis obsesiva, que, según su inevitable costumbre, supone engendrada por la represión de complejos sexuales infantiles; pero el alejamiento de la conciencia de estos complejos, que causa las obsesiones y fobias, se distinguiría del que produce el histerismo, en que su carga afectiva, lejos de convertirse en síntomas físicos, se trasladaría a otras representaciones mentales que se transformarían en los temas obsesionantes. El psicoanálisis permitiría demostrar que el intenso tono emotivo que acompaña a esas representaciones, procede de otros fenómenos de índole sexual, y que se remontan a la infancia,

siendo tanto las obsesiones propiamente dichas como las fobias e impulsiones, verdaderos mecanismos defensivos con que la conciencia trata de protegerse y de dominar a lo inconsciente, sublevado contra la represión que le oprime. Así, la obsesión sería una tentativa de compensación de la duda que a estos enfermos atormenta, y esta duda, a su vez, representaría el intento de arrojar de la realidad el recuerdo inconsciente desagradable. En las impulsiones deben verse también actos de defensa, aunque sus apariencias sean de agresión, y en cuanto a las fobias, han de considerarse en el fondo como símbolos de prohibiciones morales en el orden sexual, aun cuando se exterioricen en forma de temores diversos.

Todos estos procesos mentales torzados guardan relación con lo que Freud llama factor de odio y de crueldad, o elemento sádico del instinto sexual, y suelen hallarse enlazados por nexos causales con reproches sufridos al cometer actos lascivos, o como dice el apóstol del omnisexualismo, con los traumas prohibitivos sexuales inferidos al niño por sus padres u otros educadores. Digna de mención es también la conexión que Freud señala entre la fobia y el sentimiento de angustia, calificando a aquélla de barrera que la conciencia opone a este penoso estado emotivo.

Para terminar estas consideraciones sobre el concepto freudiano de las psiconeurosis en general, haré observar que según esta doctrina, todas esas afecciones poseen como mecanismo patogénico común, la disociación o desprendimiento de la carga afectiva inherente a un trauma-psico-sexual, y el empleo anómalo de aquélla desviada de su cauce normal.

Entrando ahora de lleno en el examen de la concepción freudiana del *Histerismo*, comenzaré por consignar que le asigna como caracteres fundamentales comunes a todas las psiconeurosis, su desarrollo en el terreno predispuesto de la constitución psicosexual, su origen en traumas psicosexuales infantiles, cuyo recuerdo es reprimido y desterrado a lo inconsciente, y la separación de la carga afectiva de este

recuerdo. Lo peculiar del histerismo es el destino ulterior de este potencial afectivo disociado, pues en lugar de exteriorizarse libremente en la misma dirección que la tendencia primitiva, cual ocurre en las perversiones sexuales o de transportarse a otras representaciones mentales, como en las obsesiones, se convierte en síntomas físicos.

La *conversión* de un proceso psíquico en manifestaciones corpóreas, sería pues, según Freud, el íntimo mecanismo patogénico propio del histerismo, y lo que le distinguiría de las demás psiconeurosis; esta conversión psicofísica explicaría también la riqueza de esta afección en perturbaciones de los aparatos orgánicos, cuyos síntomas son todos psicógenos, pero poseen equivalentes somáticos, y no sólo meramente funcionales, sino también a veces materiales, pues la persistencia o la repetición de las reacciones morbosas acaba por determinar en los órganos afectos disturbios de su inervación y hasta alteraciones de orden tóxico, las cuales se observan, sobre todo, en las que Freud llama zonas erógenas, o punto de partida de excitaciones sexuales, que corresponden a las que los demás autores denominan zonas histerógenas; por esta admisión de trastornos estructurales en los órganos asiento de manifestaciones del histerismo, la teoría freudiana muéstrase compatible con la aceptación de los llamados síntomas tróficos de éste, cuya realidad se tiende a negar hoy (véase el capítulo primero).

En cuanto al íntimo modo de ser de la conversión de los afectos sexuales reprimidos en trastornos somáticos, no da Freud una explicación satisfactoria, ni es fácil darla, pues se trata de un concepto hipotético y puramente metafísico.

Si de la concepción general del histerismo pasamos a la interpretación particular de algunas de sus más importantes manifestaciones, hallaremos en ella los constantes rasgos característicos de la doctrina freudiana; dominio en lo inconsciente de los complejos eróticos reprimidos, conflicto psíquico suscitado por el resurgimiento de los mismos y, en este caso del histerismo, conversión de la carga afectiva en fenómenos

físicos, los cuales ofrecen notable paralelismo con hechos de la vida normal, y así la crisis convulsiva sería una representación morbosa del acto del coito. Los accesos histéricos, convulsivos o no, presentan a menudo caracteres que en nada se parecen a las manifestaciones de la actividad sexual, más para explicar estas discrepancias, supone Freud que en la preparación de aquéllos intervienen los mecanismos de condensación, identificación múltiple, elaboración, etc., indicados al tratar de los sueños, y además acude a un caprichoso simbolismo, análogo al empleado para interpretar éstos. Todos los demás síntomas histéricos deberíanse igualmente referir a procesos sexuales; por ejemplo, la astasia-abasia sería debida a que el sujeto en la infancia experimentaba un goce voluptuoso por los movimientos de la marcha, y como tipo de simbolismo histérico, semejante al de los sueños, puede citarse la contractura de un brazo como imagen del órgano viril, o en otros casos, como representación del castigo por una tentativa de manipulación sexual.

En cuanto a la discontinuidad aparente de los síntomas y a la inagotable productividad de las psiconeurosis, explicárase por las raíces que la misma tiene en lo inconsciente, desde donde sólo accasionalmente hace irrupciones en la conciencia (Jones, 75).

Freud ha formulado en proposiciones concretas su opinión sobre la patogenia del histerismo, en la forma siguiente (II bis).

1.º Los histéricos padecen por sus reminiscencias; el síntoma histérico es un símbolo mnésico de impresiones de carácter psico-traumático.

2.º El síntoma histérico es el equivalente, obtenido por *conversión*, para la reproducción asociativa de dichas impresiones psico-traumáticas.

3.º El síntoma histérico, como otras formaciones psíquicas, es expresión de la tendencia a la satisfacción de un deseo.

4.º El síntoma histérico es la realización de una fantasía inconsciente en relación con el cumplimiento de un deseo.

5.º El síntoma histérico está subordinado a la satisfacción sexual, y representa un fragmento de la sexualidad del sujeto.

6.º El síntoma histérico es la reproducción de una modalidad de goce sexual, que ha tenido lugar realmente en la infancia del sujeto, y que después ha sido reprimida.

7.º El síntoma histérico resulta del conflicto entre dos afectos o impulsos, de los cuales el uno tiende a exteriorizar un factor o componente de la constitución sexual, y el otro a reprimirlo.

8.º El síntoma histérico puede asumir accesoriamente la representación de diversos estímulos inconscientes, no sexuales; pero no se puede nunca considerarle privado de significación erótica.

No sólo asigna Freud siempre a los síntomas histéricos un sentido sexual, sino que en muchos de ellos admite la intervención de una elaboración fantástica inconsciente bisexual, con un elemento masculino y otro femenino, de suerte que en tales manifestaciones, además del impulso heterosexual, existiría otro homosexual, derivado del autoerotismo primitivo.

Así como Freud ha disgregado del contenido de la neurastenia, en la acepción común de este término, una forma a la que ha dado el nombre de neurosis de angustia, así también, al lado del histerismo clásico que él llama *histerismo de conversión*, ha creado otro tipo que denomina *histerismo de angustia* (*Angsthysterie*). El problema de la significación patológica de la angustia y de su relación con los estados morbosos que provoca, es uno de los más interesantes, pero también de los más difíciles de resolver entre los que preocupan a los neurólogos y psicólogos contemporáneos. Desde el punto de vista psicoanalítico ha sido tratado este complejo asunto por Freud mismo, y por Stekel, autor de una importante obra titulada *Estados neuróticos de angustia y su tratamiento* (38).

La escuela freudiana distribuye los síndromes de angustia

en los dos tipos ya citados, la neurosis y el histerismo de angustia; el primero constituido por Freud, según lo indicado antes, a expensas de la neurastenia clásica, había sido previamente esbozado por Hecker (76), y se manifiesta por síntomas numerosos entre los que se destacan la llamada *expectación ansiosa*, con angustia difusa, vaga, sin objeto definido, la excitabilidad sensitiva, la irritabilidad y las crisis ansiosas de formas muy diversas, con trastornos cardíacos, respiratorios, digestivos, motores, secretorios, etc. Las perturbaciones circulatorias desempeñan un papel importantísimo en la producción de estos paroxismos de angustia, habiendo sido muy bien estudiadas recientemente por Herz (77), Curschmann (78) y Treupel (79). El estado conocido con el nombre de expectación ansiosa, tendría significación especial por la relación que se le supone con la hipocondría, psiconeurosis que, en la clasificación de Freud, no ocupa lugar bien definido.

Como era fácil de preveer, para este autor son la etiología y la patogenia de la neurosis de angustia totalmente sexuales, suponiéndola debida a las bruscas impresiones de este género en los adolescentes y recién casadas, a los fraudes copulativos, como el coito interrumpido y excitaciones frustradas y, finalmente, a la abstinencia; como mecanismo patógeno, estima Freud a la disociación del estímulo sexual somático de la correspondiente excitación psíquica, con la consiguiente derivación anormal de aquél.

La etiología sexual de la neurosis de angustia ha encontrado muchos contradictores, y algunos muy eminentes, como Oppenheim (80), que en la mayoría de los muchos casos por él tratados, no ha hallado otra causa que la predisposición neuropsicopática, faltando los motivos sexuales señalados por Freud. Cramer (81) no admite la neurosis de angustia como especie nosológica independiente, pues siempre se acompaña de otros síntomas neurasténicos, y en su génesis, no desempeñan las traumas psicosexuales otro papel que el de vulgares agentes provocadores; Löwenfeld (82), concede mayor

amplitud a la etiología sexual, pero no la considera constante, sino limitada al 75 por 100 de los casos.

En cuanto al otro tipo de estados de angustia, a la modalidad histérica de los mismos, Freud le supone de origen sexual también y caracterizado igualmente por la disociación de la excitación genital y psíquica, pero en lugar de engendrarse la angustia por vía somática como en el tipo primero, se produce por la represión de complejos inconscientes que absorben la susodicha excitación desviada. En estos casos la angustia se produce como medio defensivo, no contra una amenaza externa, cual en circunstancias normales, sino contra un proceso intrapsíquico. El mecanismo patógeno sería idéntico al del histerismo clásico, sino que en lugar de conducir a la conversión en síntomas somáticos, se traduciría por la emoción ansiosa. El histerismo de angustia se manifestaría, no sólo por la sensación de ansiedad, sino también por diversas fobias, de las que la más común es la agorafobia, y también el asma llamado esencial pertenecería a esta forma de angustia histérica (Stegmann, 83 y 84), figurando en la parte clínica de este libro una observación personal mía de disnea paroxística histérica (85), que puede interpretarse como prueba, por lo menos, de las conexiones del asma con el histerismo.

La angustia histérica es, para Freud, la más frecuente de las psiconeurosis de los niños, en los que reviste muy a menudo la forma de pavor nocturno.

Este concepto del histerismo de angustia es susceptible de graves objeciones, siendo la principal de todas, la de que sus caracteres son confusos y su distinción de la neurosis obsesiva no es lo suficientemente neta, debiendo, en realidad, incluirse en ésta muchas de las manifestaciones a aquél atribuidas.

Tales son, a grandes rasgos expuestas, las ideas de Freud sobre las psiconeurosis en general y sobre el histerismo en particular; adolecen, como se habrá echado de ver en el curso de su discusión, de los mismos defectos de que en general

peca la doctrina psicoanalista, de excesiva sistematización convencional, de exclusivismo omnisexualista y de abuso de conceptos metafóricos, pero a pesar de tantos y tan crasos errores, hay en esta parte de la teoría freudiana datos y apreciaciones que conviene recoger como provechosas enseñanzas.

Práctica y aplicaciones del Psicoanálisis.

Para Freud y sus secuaces, el psicoanálisis es mucho más que un procedimiento psicoterápico, pues representa un método universal de investigación psicológica, el más útil y eficaz de todos, que sondando el alma, profundizando bajo la superficie de la conciencia y aun llegando mucho más allá del fondo de la misma, permite escudriñar los misterios del funcionamiento psíquico y con los valiosos conocimientos así adquiridos, promete, no sólo curar a los enfermos psiconeuróticos, sino resolver los más graves conflictos morales que atormentan a la Humanidad.

Desde el punto de vista puramente terapéutico, aunque Freud prudentemente declara que no considera indispensable la aplicación de su método en todos los casos de psiconeurosis, sin excepción, no vacila en calificarle de procedimiento psicoterápico ideal, siendo el más interesante de todos porque permite el análisis patogénico de los casos a que se aplica, y además es el que se muestra más activo, más transcendente y capaz de producir más radicales modificaciones en los enfermos. Ya se verá más adelante lo que debe descontarse de tan ditirámicos elogios.

Al comienzo de este capítulo he referido los orígenes del psicoanálisis, que no he de volver a repetir en detalle aquí. Se recordará que este famoso procedimiento es una derivación del método catártico de Breuer, el cual, a su vez, nació

de la observación de los fenómenos presentados por una histerica en estado de hipnosis, de suerte que en las prácticas del hipnotismo deben buscarse los antecedentes del psicoanálisis, si bien éste renegó muy pronto de su ascendencia.

Lo que distinguía el método catártico de Breuer del hipnotismo clásico, era la abstención de toda intervención activa, sugestionadora por parte del médico; éste permanecía como espectador pasivo, mientras que el enfermo daba libre curso a su actividad psíquica liberada de las trabas impuestas por la conciencia; observando esta espontánea erupción de procesos inconscientes llegaron Breuer y Freud a descubrir un hecho que después había de constituir una de las bases fundamentales de la escuela psicoanalista, la transformación (*conversión*) en síntomas neuróticos de la carga afectiva ligada a las representaciones mentales rechazadas por la conciencia, así como también se convencieron de la virtud terapéutica de la eliminación del afecto adherido a fenómenos anímicos reprimidos, en virtud del proceso que denominaron *abreagieren*.

Así como Breuer había suprimido la intervención sugestiva del médico en su método catártico, Freud, a su vez, prescindió de la hipnotización practicando su investigación analítica de la psiquis del enfermo en el estado vigil de éste, y valiéndose de medios que considera como seguros reveladores del fondo mental inconsciente, y entre los que descuella la apreciación de los que llama *Einfälle* (fantasías, ocurrencias) o pensamientos inmotivados en apariencia, aislados y autónomos, que surgen en el discurso del paciente independientemente de su voluntad.

No da Freud detalles muy claros y completos de su técnica, pero esta falta no debe cargarse a la cuenta particular del psicoanálisis, pues es achaque común a todos los procedimientos psicoterápicos, cuyos autores no aciertan a formular en reglas concretas *su modus faciendi*, por la sencilla razón de que en Terapéutica psíquica no caben prescripciones que sean a la vez precisas, terminantes y de general aplica-

ción, porque cada caso exige detalles especiales de tratamiento, que deben improvisarse con sujeción a las condiciones particulares de aquél (véase mi trabajo sobre las *Limitaciones prácticas de la Psicoterapia*, 86).

Más completas indicaciones que en los escritos de Freud, se encuentran en los de algunos de sus prosélitos, como Friedlander (87), Putnam (88), Jones (43, 89, 90), etc. Condición indispensable para la práctica de este método, es una paciencia firme por parte de médico y de enfermo, y la supresión de toda clase de apremios de tiempo, de suerte que las sesiones puedan ser muy largas y muy frecuentemente repetidas; el paciente se someterá al tratamiento en disposición de aceptar todas las molestias a él inherentes, y alejando de su ánimo todo género de preocupaciones ajenas al mismo; el local donde se verifiquen las observaciones psicoanalíticas reunirá las más perfectas condiciones de aislamiento y de silencio, con ausencia de todo cuanto pueda distraer la atención, tanto del médico como del sujeto. Este se colocará en actitud cómoda, tendido sobre un diván, no siendo preciso que tenga los ojos cerrados, y el médico se situará detrás de él, de modo que éste no le vea. El paciente es invitado a referir la historia de su enfermedad y de su vida entera profusamente, con el mayor lujo de detalles posible, sin temor a las repeticiones, de suerte tal, que en esta relación se invierten a menudo varias sesiones de una hora o más de duración cada una; debe el enfermo decir todo lo que se le ocurra, debe expresar todos los pensamientos que crucen por su mente, sin selección previa, ni preparación reflexiva, aunque le parezcan impertinentes, inoportunos o superfluos; no debe callar absolutamente nada, ni aun lo referente a sus más íntimos afectos, ni a sus más recónditas aspiraciones, ni los más amargos recuerdos, ni los sentimientos más vergonzosos. El médico, en tanto, escuchará atentamente, pero sin influir por ningún medio en el relato del paciente; observará si en este relato se aprecian soluciones de continuidad o lagunas que representan amnesias parciales de gran interés desde el pun-

to de vista psicoanalítico, porque se hallan relacionadas con la represión de ciertos procesos inconscientes, cuyo reingreso en la conciencia trata ésta de evitar. La misma significación tienen los pensamientos autónomos que el enfermo intercala en su discurso, y que son ajenos al contenido de éste, constituyendo irrupciones en la esfera consciente de lo inconsciente reprimido. El objeto del psicoanálisis es precisamente la determinación del enlace de estos pensamientos accidentales con los procesos rechazados, y la anulación de la resistencia revelada por las amnesias parciales, que se opone a la reaparición de los mismos.

De gran importancia es también la investigación psicoanalítica de los ensueños del paciente, así como de los actos automáticos (que Freud llama sintomáticos), y de los errores de palabra y de acción, olvidos, etc., que en la vida cotidiana y vulgar se cometen; todos estos hechos no son más que revelaciones del contenido de lo inconsciente, y forman el complicado material que el psicoanalista debe pacientemente recoger para luego interpretarlo según el simbolismo freudiano.

El psicoanálisis tiene, como ya he indicado, por principal objeto la cesación de la resistencia que se opone a la manifestación de lo inconsciente; esta resistencia se patentiza muy a menudo por la producción de pausas en el flujo de recuerdos del paciente cuando está a punto de exteriorizarse el complejo psicopático, por lo que la apreciación de aquéllas tiene gran importancia para el feliz éxito del tratamiento. Entre los motivos de esas pausas figura la aparición de una reminiscencia sexual, que importaría mucho referir al médico, sin que el paciente se decida a hacerlo; otras veces son debidas a una modificación de las relaciones afectivas entre médico y enfermo, por un intenso movimiento de simpatía o, inversamente, de antipatía, que éste no se atreve a confesar; tampoco son ajenas a ellas las circunstancias materiales de lugar o de tiempo en que el tratamiento se lleva a cabo, como la impaciencia provocada por una sesión demasiado larga, etcétera.

Pasando después a la conversación con el enfermo, más que del contenido literal de las respuestas de éste, obtiéndose utilísimas indicaciones de la forma de contestar; así, algunas contestaciones negativas, deben interpretarse como esfuerzos de represión de lo inconsciente, a punto de ser descubierto, y si se continúa el análisis en la misma dirección pronto se llegará al fin deseado. En igual sentido debe estimarse lo que Freud llama el *sí inconsciente*, que consiste en la expresión de pensamientos autónomos provocados por conceptos emitidos por el médico, que tocan de cerca al complejo que se trata de descubrir.

La finalidad terapéutica del psicoanálisis es la supresión de las amnesias parciales a que antes he aludido, de suerte que desaparezcan todas las lagunas de la memoria del enfermo, o dicho en otros términos, la anulación de todas las represiones, de modo que lo rechazado en lo inconsciente vuelva a aparecer en el campo de la conciencia.

En el tratamiento de las psiconeurosis, se muestra en general muy eficaz el psicoanálisis, al decir de Freud y de sus partidarios, pero tiene sus indicaciones especiales y también sus contraindicaciones. Son particularmente favorables para este procedimiento terapéutico los casos crónicos, con síntomas no muy aparatosos ni alarmantes; en esta categoría de casos, en los que está especialmente indicado el psicoanálisis, figuran las neurosis obsesivas y el histerismo con fobias y abulia o con síntomas somáticos, siempre que éstos no exijan una rápida intervención, como ocurre con la anorexia, por ejemplo; sus resultados serían también muy satisfactorios en las neurosis de los niños. En cambio, está contra indicado este método psicoterápico en los casos agudos de histerismo, así como en los de neurastenia con gran agotamiento de fuerzas y demacración, pues en estas circunstancias sería imprudente someter al enfermo a un tratamiento muy largo y que le obligue a una enérgica y prolongada tensión psíquica.

Requiere, además, este procedimiento, que el sujeto no sea de edad muy avanzada (menos de cincuenta años), y que po-

sea un cierto grado de inteligencia, de cultura y de sentido ético, pues las personas torpes, ignorantes o inmorales, son incapaces de comprender la significación y el objeto de las prácticas psicoanalistas y de colaborar en ellas sincera y hábilmente. Es asimismo absolutamente necesario que el enfermo sienta un vivo, profundo y sostenido deseo de curarse, que su enfermedad le haga realmente padecer, y por lo tanto, ansíe verse libre de ella, y que no esté dominado por aquél *Wille zur Krankheit* (voluntad de estar enfermo), mencionado en el capítulo primero. Debe también, desde el primer momento, estar prevenido de la larga duración del tratamiento, que siempre ha de comprender varios meses, de medio a tres años.

El médico, por su parte, además de la inalterable paciencia antes mentada, y de la discreción y tacto necesarios en tan delicadas e íntimas investigaciones, ha de poseer dotes especiales de simpatía para hacerse grato a los enfermos, pero sin por eso intentar subyugarlos. Su papel en el tratamiento, ha de ser poco aparente y como velado, limitándose a orientar al enfermo, pero sin arrastrarle pasivamente; es el sujeto mismo el que ha de ejecutar por sí las operaciones mentales de descubrimiento del complejo psicosexual reprimido y oculto, y sólo cuando por su propio esfuerzo haya revelado este núcleo sumergido en lo inconsciente, podrá considerarse curado. Los psicoanalistas neófitos incurren generalmente en el error de influir de modo por demás activo en el curso del tratamiento, y cuando por sus investigaciones han llegado a desvelar el complejo patógeno, creen que con sólo dar cuenta de su descubrimiento al enfermo, quedará éste curado, cuando para que tal ocurra, es preciso que sea el paciente mismo el que se haga esa revelación. El médico, pues, no debe hacer otra cosa que presentar a su cliente los resultados de su labor analítica, para que éste los elabore por su cuenta y se los asimile mentalmente hasta llegar a la autoconvicción. El psicoanálisis no es una psicoterapia persuasiva, y con él no se pretende convencer al enfermo, sino pro-

porcionarle los medios para que por sí mismo se convenza, actuando el médico, según Ferenczi, como un fermento catalítico.

Una consecuencia natural del método psicoanalítico, y que se ha señalado como inconveniente del mismo, aunque es de justicia declarar que no es obligada, ni tampoco peculiar suya, sino común a todos los procedimientos psicoterápicos, es la formación de lazos afectivos entre el médico y el paciente, transfiriendo éste a aquél la carga emotiva generadora de sus trastornos morbosos, y quedando en relación de estrecha dependencia respecto del mismo (Ferenczi, 91); para evitar este inconveniente, que imposibilitaría la independencia mental del sujeto una vez terminada la cura, se aconseja que al final de ésta, el médico se vaya desligando del cliente, volviendo a ser un extraño para él.

Freud y sus secuaces han tratado de desvirtuar las objeciones que al psicoanálisis como medio de tratamiento de las psiconeurosis se han dirigido, calificando de gazmoñería anticientífica la protesta formulada contra las prolongadas e íntimas conversaciones sobre asuntos sexuales, afirmando que el pseudopudor es tan inoportuno en estos casos como en los de exploración de los órganos genitales en las enfermedades de los mismos y que su procedimiento envuelve un fin altamente moral, el de que el paciente aprenda a dominar, con sus facultades conscientes, a lo inconsciente y que logre sublimar las tendencias eróticas. En cuanto a las intensas agudizaciones del proceso psiconeurótico, que el psicoanálisis provoca en ocasiones, dicen sus defensores que son reacciones beneficiosas, porque representan descargas afectivas.

No sólo a las psiconeurosis, sino también a varias psicosis, como la demencia precoz y la paranoia se ha aplicado terapéuticamente el psicoanálisis, pero el carácter manifiestamente orgánico de la primera de estas enfermedades, y la irreductibilidad de la segunda a toda tentativa psicoterápica, permiten esperar muy poco de esos ensayos.

Fuera del campo de la Medicina propiamente dicha, auguran Freud y sus discípulos un porvenir brillantísimo al psicoanálisis, suponiéndole susceptible de aplicación a muchos y muy alto fines. De sus investigaciones psicoanalíticas deduce el jefe de la secta, que el aumento de los padecimientos psiconeuróticos en la época presente, no se debe a los refinamientos de la civilización y a las mayores dificultades de la lucha por la vida, sino a la excesiva represión de la actividad sexual, y, en su opinión, a los dañosos prejuicios éticos que en este orden de afectos imperan, imponiendo una nociva limitación a las manifestaciones de la sexualidad y obligando a una sublimación de las naturales tendencias de ésta, que no todos los individuos se hallan en condiciones de realizar cumplidamente; convencido Freud de que todos los trastornos psiconeuróticos derivan de la represión del instinto sexual, crudamente declara que el más seguro medio de evitar los inconvenientes de esa represión, y por lo tanto la más eficaz profilaxia de las psiconeurosis, consiste en dar completa satisfacción a los impulsos de la sexualidad, añadiendo con imperturbable aplomo, que la decisión, el empuje en la conquista y en la plena posesión del objeto que sexualmente se desea, es una patente prueba de energía de carácter y de vigorosa personalidad, que con igual firmeza se manifestará en todos los órdenes de la vida. Este aserto, de acentuado matiz nietzschano, da cabal idea de lo que es la Ética de los psicoanalistas.

A la nueva moral sexual, basada en el psicoanálisis, y por él informada, incumbiría la regulación de la higiene del matrimonio (que por tales derroteros llegaría a la preconización del adulterio), la protección de los niños contra los traumas psicosexuales, propósito este cuya transcendencia es justo reconocer, y la educación sexual, de tan inmensa importancia para la formación del carácter y que debería realizarse de modo progresivo, por los maestros mejor que por los padres, en términos decorosos, pero exactos y procurando desde el primer momento restar a los órganos y funciones genitales

la importancia y el atractivo de lo misterioso, pudiendo consultarse a este fin las obras de Pfister (92), Adler (93), etc. Imparcialmente debo declarar que en este punto de la educación sexual, el programa de los psicoanalistas me parece muy razonable y exento de los extravíos patentes en otras partes del mismo.

Aplicado a la Historia de los pueblos el psicoanálisis, retrospectivo por supuesto, permitiría la explicación de sus costumbres, de sus progresos y de las causas de la decadencia de tantas poderosas naciones, de cuyo estudio sería posible deducir muy provechosas enseñanzas para el gobierno de los pueblos actuales.

La Antropología obtendría también grandes beneficios con el empleo del psicoanálisis, el cual permite descubrir las propiedades peculiares y el mecanismo formativo del carácter de los individuos y de los pueblos, fundando así los cimientos de lo que los freudianos llaman *caracterología* y de la psicología nacional. Además, por el mismo procedimiento, podrían investigarse muchas importantes cuestiones de Criminología (Wulffen, 94), así como el transcendental problema del genio artístico, literario y científico (Stekel, 95). El genio, para la escuela de Freud, no sería sino la más noble resultante de la represión de una constitución anormal, análogo, por tanto, en su génesis, a los síndromes psiconeuróticos. En cuanto a las creaciones poéticas, lo mismo vulgares o míticas, tal como se encuentran en la boca del pueblo, que cultas o eruditas, se engendrarían por un mecanismo parecido al de los sueños, y como éstos, tendrían su origen en las fantasías de lo inconsciente.

Por último, ¡hasta a la Teología misma debe interesar el método psicoanalítico, como trata de probarlo Muthmann (96), y ni la Religión escapa al insaciable omnisexualismo freudiano, para el que la creencia en Dios no sería más que una forma refinada del complejo referente al poder del padre, los sentimientos religiosos, lo mismo que los síntomas histéricos representarían tendencias a la satisfacción de un deseo

reprimido, y la religión, estupenda afirmación final, sería una universal neurosis obsesionante! ¿Qué comentario bastante justiciero poner a este alarde del monstruoso exclusivismo panerótico que turba el juicio de los sectarios del psicoanálisis?

Recapitulación crítica general.

Aunque en el curso de la precedente exposición metódica de las ideas de Freud he ido enunciando los juicios que las mismas me merecían, dada la complejidad del asunto y lo múltiple de sus aspectos, considero indispensable integrar todas las censuras esparcidas en las páginas anteriores en una síntesis crítica final, en la que aparecerán expresadas en ordenada serie las principales objeciones que a la doctrina freudiana se han dirigido y en la que consignaré, no sólo mi pobre opinión personal, sino la de varios eminentes neuropatólogos, psiquiatras y psicólogos contemporáneos.

He clasificado en doce párrafos los más importantes argumentos contrarios al freudismo, de los cuales ocho se refieren a la teoría en general, sobre todo en lo que a sus fundamentos psicológicos respecta, y los cuatro restantes corresponden a la práctica del psicoanálisis. Esos argumentos son los siguientes:

1.º La *originalidad* de la doctrina de Freud, no obstante lo extraño de muchas de sus conclusiones, *es sólo relativa*, y precisamente lo mejor de ella es lo menos original. Desde los tiempos más remotos, desde la fundación de la Medicina científica por Hipócrates, ha predominado la noción de la etiología sexual de las neurosis, y sólo hace poco más de cincuenta años, merced a los esfuerzos de Briquet primero, y de Charcot y de sus discípulos después, fuese desprestigiando aquel vulgarísimo dogma; no ha sido, pues, completamen-

te injusto el profesor Rieger (III) al calificar despectivamente de *psiquiatria de comadres* (*Altweiberpsychiatrie*) a la tentativa freudiana de resurrección de la patogenia exclusivamente sexual de las Psiconeurosis.

En la época contemporánea se han publicado también algunos trabajos científicos, con anterioridad a los de Freud, que tratan del origen sexual de dichas afecciones, mereciendo citarse, entre ellos, la nota de H. Huchard (97), en su traducción del *Tratado de la neurosis*, de Axenfeld, en la que refiere que en las hembras de los animales se producen a veces trastornos parecidos a los del histerismo, que se atribuyen a la no satisfacción de los deseos sexuales; el de King (98), que distingue una forma muy importante de histerismo que llama sexual y supone debida a una reacción automática de las funciones genitales enfrenadas en la realización de sus naturales tendencias; y el de Hellpach (99), que profesa acerca de la génesis del histerismo una opinión análoga a la de Freud, aunque se aparta de ella en algunos puntos. El concepto básico de la escuela psicoanalítica, el origen sexual de las psiconeurosis no tiene, pues, nada de original; lo original en esta doctrina es la generalización sin excepciones de ese concepto patogénico; esto es lo que caracteriza al omnisexualismo freudiano, y lo que a la vez constituye su capitalísimo error. Otros muchos principios fundamentales de esta teoría, como el psicodinamismo que tiene sus antecedentes en la filosofía de Bergson (100), etc., tampoco son originales.

2.º *La falta de rigor lógico en las demostraciones*; este es un vituperable defecto de que adolecen casi todas las especulaciones de los escritores psicoanalistas. Claro es que tratándose de asuntos de íntima y honda psicología no es posible exigir la rigidez de pruebas de una demostración matemática, pero no puede tampoco tolerarse que con pretensiones de racional empirismo se aventuren afirmaciones gratuitas, completamente arbitrarias y desprovistas de toda comprobación lógica, o a lo sumo, fundadas en vagas analogías, cuando no en metafóricas transposiciones de conceptos. En todas las lu-

cubraciones freudianas, más novelescas que científicas, el prejuicio del autor es el único guía del discurso, que sigue caprichosamente los derroteros por aquél de antemano trazados; ninguna de las afirmaciones de esta teoría ha sido sometida a contraprueba antes de diputarla como cierta, ni tampoco se han examinado las diversas posibilidades admisibles, antes de considerar como único, exacto y real el criterio adoptado. Desde el punto de vista lógico, todo el edificio doctrinal de Freud es, pues, de una extraordinaria fragilidad.

3.º *La arbitrariedad de los símbolos* adoptados es otra grave falta íntimamente ligada con la anterior, de la que viene a representar un caso particular, pero muy importante, porque revela con insuperable evidencia la ligereza y la superficialidad inauditas con que se ha procedido en la elaboración de esta doctrina. Al tratar de la significación de los sueños, según Freud, he mencionado varios ejemplos de la sorprendente desenvoltura con que éste y sus partidarios adulteran los hechos y los interpretan a su guisa, inventando los más raros simbolismos para justificar sus imaginarios asertos. Una escuela que aspira a ser tenida como la suma expresión de la psicología científica moderna, y que, sin embargo, tan amplio espacio concede a las creaciones de la fantasía, no merece la consideración a que pretende ser acreedora.

4.º *El abuso de la artificial sistematización teórica y del nominalismo*; como en todas las doctrinas inspiradas en un criterio exclusivista, en la de Freud la ficción esquemática prolifera exuberantemente usurpando el espacio que debiera ocupar la exposición fiel de los hechos y su interpretación sincera. Partiendo de una muy mezquina base real teje el autor su hipotética trama, atendiendo antes a la formación de conceptos efectistas, netamente recortados y rígidamente definidos que a la recolección minuciosa y a la armonización paciente de todos los complejos datos que brinda la realidad. Así resulta constituido un sistema de sencilla estructura, muy coherente y muy sólidamente trabado, pero que por su

alejamiento de la realidad, complicada y múltiple, por el desdén con que prescinde de muchos y de muy importantes aspectos de ésta, sustituyéndolos por concepciones imaginarias merece la denominación de metapsiquiatría, que le aplica Kraepelin (101), pues ciertamente esta teoría psicoanalista es uno de los más típicos engendros del espíritu metafísico de nuestros días, que a pesar de sus hipócritas protestas de amor al método experimental, es aún más irrespetuoso con la realidad que el de los siglos pasados.

El abuso del nominalismo es una consecuencia natural del exceso de sistematización teórica. Todas las obras de esta escuela aparecen repletas de palabras subrayadas, a modo de talismanes, a las que los adeptos atribuyen una significación especial, transcendentalísima, que no han tenido nunca hasta que ellos las han acuñado de nuevo. Repiten incesantemente esos vocablos, que son unas veces neologismos, mientras que otros son términos de uso vulgar, desviados de su significación usual, y a los que atribuyen un valor que debe calificarse de mítico, considerándolos como fórmulas definitivas que encierran la quinta esencia de la doctrina; tal ocurre con la *Verdrängung*, con la *Kouversion*, con el *Abreagieren*, con el *Libido*, etc.

Esta pretenciosa y cabalística terminología freudiana es un evidente indicio del escaso valor real de la doctrina, muchos de cuyos principios capitales, despojados del aparatoso verbalismo que los cobija, quedan reducidos a vulgares nociones de todos conocidas desde muy remota fecha.

5.º *La vaguedad de varios conceptos fundamentales* es también derivación lógica del exceso de artificios teóricos, pues es más fácil imaginar un concepto ideal y atribuirle un nombre más o menos sonoro o extraño que no demostrar su exacta equivalencia objetiva y describir con precisos detalles como es realmente lo que aquél vocablo quiere significar. La exageración nominalista predispone a esa misma vaguedad de conceptos, pues una vez dado nombre a una concepción teórica parece esta *ipso facto* objetivada, y la indolencia mental

incita a tomar como realidad inmutable lo que es sólo una sombra proyectada por la imaginación. Tan vagos como incomprensibles en el fondo son los conceptos de conversión de una carga afectiva en síntomas somáticos, de disociación de aquélla, de su transporte de unas a otras representaciones mentales, de latencia de los traumas psicosexuales, de repulsión por la conciencia de ciertos afectos, sin que ella misma se dé cuenta de que tal acto de violencia está cometiendo, y tantos otros que he ido poniendo de manifiesto en las precedentes páginas.

6.º *La contradicción existente entre algunos de los principios capitales de la doctrina* es objeción de peso desde el punto de vista de la lógica formal, pero en el fondo su gravedad es menor que la de las anteriores y de las siguientes. Si comparamos el enunciado dogmático de Freud, tal como consta en sus publicaciones de diversas épocas, encontraremos entre unas y otras notables diferencias y hasta evidentes contrastes; pero este reparo no tiene importancia porque el mismo Freud declara sinceramente que en el transcurso del tiempo y aleccionado por la experiencia se ha visto forzado a modificar incesantemente su teoría; estas reformas no sólo afectan a los detalles, sino también a algunos puntos esenciales como los referentes al mecanismo patogénico de los síntomas histéricos, a la verdadera significación de los traumas psicosexuales infantiles, etc.; pero repito que no deben considerarse como objeto de censura desde el momento que el propio Freud confiesa que son debidas al propósito de mejorar su hipótesis. Mayor transcendencia que estas contradicciones sucesivas tienen las simultáneas y que el autor no explica, como la que en otro lugar he señalado entre el antagonismo del impulso del yo y el del sexo, y la atribución a éste de muchas de las funciones que pertenecen a aquél, pero aun de estas mismas incongruencias podría absolverse a la doctrina freudiana y declararla aceptable si no incurriera en errores mucho más graves e imperdonables.

7.º *El exclusivismo otorgado a la sexualidad* en el régi-

men de la vida psíquica es el mayor de los vicios a que aludía al final del párrafo anterior, constituyendo la verdadera característica del freudismo y a la vez el principal motivo de su descrédito y el blanco de las más acerbas censuras que a esa secta se han dirigido. El absorbente concepto que Freud se forma de la sexualidad es completamente arbitrario, por estar desprovisto de todo fundamento real; concentra en la noción de actividad sexual casi todas las manifestaciones de la vida, tanto mental como psíquica, y subordina a aquélla hasta las mismas funciones de nutrición, borrando así la imprescindible distinción entre el instinto de conservación del individuo y el de reproducción de la especie, resultando también completamente absurda la asignación a hechos como la micción, los movimientos rítmicos del cuerpo al andar, etc., del sentido de satisfacción voluptuosa de deseos sexuales.

La palabra *libido* que tanto figura en todas las obras de Freud y de sus secuaces, es despojada por éstos de su significación habitual, que no es otra que la de tendencia o apetito genésico actual y momentáneo con posibilidad real o imaginada de satisfacción inmediata y ampliando desmesuradamente este concepto, llegan como dice Hinrichsen (102) a atribuirle un sentido místico, considerándole como manantial de todas las energías biológicas, equivalente en suma al impulso vital de la filosofía bergsoniana.

En el terreno de la Patología neuropsíquica, Freud concede el primer lugar a las causas sexuales, cuya actuación considera indispensable en todos los casos de psiconeurosis, y aunque en algunos pasajes de sus obras alude a la influencia patógena de los conflictos creados por el complejo del yo, lo hace sólo incidentalmente y a la ligera. En lo fisiológico como en lo patológico, la teoría psicoanalista representa, pues, la afirmación constante de un *omni-sexualismo* o *pan-erotismo* en absoluto inadmisibles.

8.º No menos vituperable es la opinión de Freud sobre la *sexualidad infantil* a la que, como se recordará por lo anteriormente expuesto, considera como muy intensa y precoz,

y dotada de especiales caracteres entre los que descuellan el autoerotismo, la tendencia polimorfamente perversa, etc. La interpretación como actos de masturbación de los movimientos automáticos de los niños de pecho, es de lo más inverosímil entre lo mucho raro que ha producido la escuela freudiana, mas como de este asunto me ocupé ya con suficiente detención en el lugar correspondiente, no he de insistir de nuevo en los argumentos allí expuestos. Baste consignar que tanto el pretendido predominio de la sexualidad en la infancia, como la significación única y exclusivamente sexual del tránsito a la adolescencia, están en desacuerdo con lo que hoy se sabe acerca de los complicados procesos psíquicos y fisiológicos propios de estas edades de la vida, según consta en los libros y artículos de Preyer (103), Urwick (104), Mendoussé (105) Gaultier (106), etc., que de esta materia tratan.

9.º *El psicoanálisis como método terapéutico* ha sido objeto de muy serias y fundadas censuras. Se le ha reprochado, en primer término, su *larga duración*, que exige muchos meses y aun años de un tratamiento no interrumpido, absorbente y fatigante desde el punto de vista psíquico, y aunque este enorme sacrificio de tiempo no debe considerarse como obstáculo invencible cuando de recobrar la salud se trata, sí debe reconocerse que limita considerablemente la facilidad y la oportunidad de aplicación del procedimiento, en razón directa de los dispendios que origina y de la prolongada paralización de las actividades social, profesional, etc., a que obliga. En lo que al médico respecta, a pocos clientes que tenga sometidos a cura psicoanalítica, se verá obligado a consagrarles todo su tiempo durante meses y más meses con privación de todo otro género de iniciativas o de trabajos. Dado el gran número de enfermos neuróticos que existen y la larga duración del tratamiento de cada uno, es materialmente imposible, por muchos médicos psicoanalistas que haya y por muy laboriosos que sean, que pueda nunca emplearse este método en grande escala.

10. Mayor transcendencia que la anterior tiene la obje-

ción referente a *lo ficticio de la curación en muchos casos y a la falsedad del mecanismo a ella atribuido en todos*. Realmente, el crítico imparcial no acierta a comprender por qué la simple demostración de que un síndrome neurósico es debido a un trauma psicosexual sufrido en la infancia, y olvidado después basta para la curación de dicho síndrome, y aunque tal haya ocurrido algunas veces, no existe razón fundamental alguna para que tal suceda siempre. Un enfermo de neurosis traumática está perfectamente convencido de que un traumatismo ha sido la causa de su dolencia, pero esta íntima convicción no alivia en lo más mínimo sus males. ¿Por qué ha de ocurrir lo contrario con los traumas psicosexuales? Freud dice que la curación es debida a la eliminación del complejo afectivo reprimido en lo inconsciente, pero esta pseudoexplicación no es más que una vana metáfora, un concepto puramente imaginario sin base real. La mayoría de las pretendidas curaciones se deben a la sugestión, a la transformación del dinamismo sentimental, que muy perspicazmente indica Freud al hablar del transporte del afecto del enfermo a la persona del médico, y de los peligros que esto encierra, y en algunos casos cabe admitir que el paciente se da por curado a impulsos del tedio, hartazgo del tormento que para él supone la indefinida prolongación de las molestas investigaciones psicoanalíticas.

II. *El psicoanálisis es un procedimiento terapéutico perjudicial para los enfermos*. Sus peligros han sido puestos de relieve por autores de tan prestigioso renombre como Oppenheim, Hoche y Regis, entre otros; Oppenheim (80) condena enérgicamente dicho método, que violenta la mente del enfermo y que merece ser calificado de procedimiento moderno de tortura; tan nocivo le considera para los pacientes, que opina que los médicos directores de sanatorios debieran anunciar siempre si practican o no el psicoanálisis, para que los colegas que les mandan clientes pudieran evitar a éstos los daños que tal práctica psicoterápica engendra. Hoche (61) es más duro aún en sus censuras; trata al freu-

dismo de secta nefasta, de epidemia psíquica que ha hecho estragos entre ciertos psicopatólogos, y que sería alarmante si no fuera grotesca; el psicoanálisis, según el profesor de Friburgo, no tiene ningún valor científico ni empírico; es una nueva superstición fundada en una falsa psicología erótico-fantástica. De la investigación por él llevada a cabo resulta que las libidinosas prácticas psicoanalíticas agravan el estado de los pacientes, provocando en ellos angustiosas obsesiones sexuales, cual le ocurrió a una infeliz señora que, después de una tanda de sesiones, no podía coger un picaporte sin figurarse que tocaba el miembro viril.

La crítica de Regis y Hesnard (60), es más suave en la forma que la de Hoche, pero también muy severa en las apreciaciones fundamentales. Como estos autores muy acertadamente indican, el psicoanálisis es dañoso para el enfermo porque le agita, le conmueve y le perturba al someterle a largas sesiones de inquisición psíquica en las que se van desmontando uno por uno todos los resortes de su mecanismo mental; pero el más grave de sus riesgos consiste en fijar la atención del paciente sobre determinados hechos de su vida pasada, que supuesta la especial predisposición de estos sujetos, se convierten fácilmente en obsesiones y fobias.

En resumen, el psicoanálisis no sólo se muestra desde el punto de vista terapéutico ineficaz, sino que además es nocivo, exponiendo al enfermo a una agravación de sus males.

12. Si detestables son los resultados terapéuticos del psicoanálisis, según acaba de verse en el párrafo anterior, no lo son menos las consecuencias de las tentativas de su aplicación a la solución de los problemas éticos y sociales, llevadas a cabo por Freud y sus adeptos; las reglas morales, o mejor dicho, inmorales que de las investigaciones psicoanalíticas se deducen, preconizan la libre satisfacción de los deseos sexuales, como el más seguro medio de evitar los trastornos neuróticos que de la represión de los mismos resultarían; la abstinencia sería para esta escuela causa de desequilibrio nervioso, y no debe, por lo tanto, ser aconsejada a los

hombres en cuanto a las mujeres, los mismos psicoanalistas reconocen que la invitación al libertinaje, formulada por el médico, sería algo chocante! Afortunadamente, los más afortunados autores contemporáneos, como Ivan Bloch (107), Ribbing (108), Forel (109) y Touton (110), sostienen un criterio diametralmente opuesto al de Freud sobre los efectos de la abstinencia sexual, que consideran perfectamente compatible con la salud y con la normalidad nerviosa y psíquica.

Las deducciones éticas de los psicoanalistas representan, pues, un lamentable retroceso en la evolución del perfeccionamiento moral, porque autorizan la satisfacción plena de los impulsos sexuales, por la sola razón de su existencia, sin esclavizarlos a la soberanía de los altos principios morales, que son, en último término, los supremos y legítimos representantes del verdadero interés del individuo y de la raza.

En suma, la escuela psicoanalítica pasará a la historia estigmatizada por la reprobación de los pensadores imparciales. No es probable que desaparezca todo el material de estudio por ella acumulado, pues quedarán algunas de sus minuciosas investigaciones sobre los mecanismos de la actividad sexual. *En cuanto al psicoanálisis, como método terapéutico, debe radicalmente desecharse por ser, no sólo inútil, sino además perjudicial.*

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—BREUER y FREUD: Ueber der psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. *Neurologisches Centralblatt*, núms. 1 y 2, 1893.
- 2.—BREUER y FREUD: *Studien ueber Hysterie*, 2.^a edición. Leipzig, 1909.
- 3.—FREUD: Die Abwehrneurosen, *Neurologisches Centralblatt*, números 10 y 11, 1894.
- 3 (bis).—D.^o: Ueber Angstneurose, *Neurologisches Centralblatt*, número 2, 1895.
- 4.—D.^o: Zur Aetiologie der Hysterie, *Wiener klinische Rundschau*, números 22 a 26, 1896.

- 5.—D.^o: Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen, *Wiener klinische Rundschau*, núms. 2 a 7, 1898.
- 6.—D.^o: *Die Traumdeutung*, 3.^a edición. Leipzig, 1911.
- 7.—D.^o: *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*, 3.^a edición. Berlín, 1910.
- 8.—D.^o: Ueber Psychotherapie, *Wiener medizinische Presse*, núm. 1, 1905.
- 9.—D.^o: *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*. Leipzig, 1905.
- 10.—D.^o: *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, 2.^a edición. Leipzig, 1910.
- 11.—D.^o: Bruchstück einer Hysterieanalyse. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, núms. 4 y 5, 1905.
- 11 (b is).—D.^o: *Der Wahn und die Träume in W. Jensens «Gradiwa»*. Leipzig, 1908.
- 12.—D.^o: Charakter und Analerotik. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, núm. 52, 1908.
- 13.—D.^o: Ueber infantile Sexualtheorien. *Sexualprobleme*, vol. IV, 1908.
- 14.—D.^o: *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*. Leipzig, 1909.
- 15.—D.^o: *Ueber Psychoanalyse*. Leipzig, 1909.
- 16.—D.^o: Die zukünftigen Chancen der Psychoanalyse. *Centralblatt für Psychoanalyse*, fasc. 1.^o, 1910.
- 17.—ABRAHAM: Traum und Mythos, *Schriften zur angewandten Seelenkunde*, fasc. 4.^o, 1909.
- 18.—D.^o: *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1908 y 1909.
- 19.—D.^o: *Fahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, vol. I, 1909.
- 20.—ADLER: Ueber neurotische Dispositionen, *Fahrbuch für psychoanal.*, etcétera, vol. I, 1909.
- 21.—D.^o: Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose. *Fortschritte der Medizin*, vol. XVI, 1916.
- 22.—BLEULER: Sexuelle Abnormitäten der Kinder. *Fahrbuch der Schweizer Gesellschaft für Schul.* vol. IX, 1908.
- 23.—D.^o: Die Psychoanalyse Freuds, *Fahrbuch für psychoanal.*, etc., volumen II, 1910.
- 24.—FERENCZI: *Wiener Klinische Rundschau*, núms. 37 y 38, 1908.
- 25.—ISSERLIN: Ueber Jungs Psychologie der Dementia praecox, etc. *Centralblatt für Nervenheil. und Psychiatrie*. Mayo, 1907.
- 26.—D.^o: Die psychoanalytische Methode Freuds, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, vol. I, 1910.
- 27.—D.^o: Bemerkungen und Fortschritte in der Psychotherapie. *Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie*, vol. I, 1912.
- 28.—JUNG: *Ueber die Psychologie der Dementia praecox*. Halle, 1907.
- 29.—D.^o: Ueber Konflikte der kindlichen Seele, *Fahrbuch für psychoanal.*, vol. II, 1910.
- 30.—D.^o: Wandlungen und Symbole der Libido, *Fahrbuch für psychoanal.*, etc., vol. III, 1911.

- 31.—JUNG: *Die psychologische Diagnose des Tatbestandes*. Halle, 1906.
- 32.—MAEDER: Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox Kranken. *Jahrbuch für psychoanal.*, etc., vol. II, 1910.
- 33.—D.^o: *Sexualität und Epilepsie*. Leipzig, 1909.
- 34.—D.^o: Die Symbolik in der Legenden, Märchen, Gebräuchen und Trätschen. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, vol. X, 1909.
- 35.—RANK: Der Mythos von der Geburt des Helden, *Schriften zur angewandten Seelenkunde*, fasc. 5.^o, 1909.
- 36.—D.^o: *Der Inzestmotiv in Dichtung und Sage*. Leipzig, 1912.
- 37.—D.^o: *Centralblatt für Psychoanalyse*, vol. I, 1910.
- 38.—STEKEL: *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*. Berlin, 1910.
- 39.—D.^o: *Die Sprache des Traumes*. Wiesbaden, 1911.
- 40.—BRILL: Dreams and their relation to the Neurosis. *New-York Medical Journal*. 23 Abril, 1910.
- 41.—D.^o:—*The Journal of abnormal Psychology*, 1908.
- 42.—D.^o: Freuds Theory of Wit: *The Journal of abnormal Psychology*, vol. VI, 1911.
- 43.—JONES: Psychoanalysis in Psychotherapy, *Montreal Medical Journal*, Agosto, 1909.
- 44.—PUTNAM: *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. CXLVII núm. 3, pág. 389, 1914.
- 45.—ASSAGLIOLI: Bibliografía psicoanalítica, *Psichiatria*, vol. CXLVII, Marzo-Abril, 1912.
- 46.—DE MONTET: L'état actuel de la psychoanalyse, *Société suisse de Neurologie*. Lausana, 5 Mayo, 1912.
- 47.—DUBOIS: A propos de la definition de l'hystérie, *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 Junio, 1911.
- 48.—KOSTILEFF: Les derniers travaux de Freud et le problème de l'hystérie. *Archives internationales de Neurologie*, núms. 1 y 2, 1911.
- 49.—LADAME: Névroses et Sexualité. *L'Encephale*, núms. 1 y 2, 1913.
- 50.—KRONFELD: Ueber die psychologischen Theorien Freuds, etc. *Archiv für die gesamte Psychologie*, 1912.
- 51.—NAECKE: *Archiv für Kriminal Anthropologie und Kriminalistik*, vol. 39, fasc. 1 y 2, 1910.
- 52.—ASCHAFFENBURG: Die Beziehungen des sexuellen Lebens zur Entstehung von Nerven-und Geisteskrankheiten. *Münchener medizinische Wochenschrift*, núm. 37, 1906.
- 53.—FRIEDLANDER: Hysterie und moderne Psychotherapie. *Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift*, vol. XI, 1910.
- 54.—SCHULTZ: Psychoanalyse, *Zeitschrift für angewandte Psychologie*, vol. II, 1909.
- 55.—GAYARRE: La génesis sexual del histerismo y de las neurosis en general. *Revista Clínica de Madrid*, vol. I, pág. 65, 1909.

- 56.—BAÑUELOS: *Revista de Especialidades Médicas*, 1913.
- 57.—HITSCHMANN: *Freud's Neurosenlehre*. Leipzig, 1911.
- 58.—JONES: *Papers on Psychoanalysis*. Londres, 1913.
- 59.—FRANK: Die Psychoanalyse. *Fahrbücher für Psychiatrie*, vol XIII, 1910.
- 60.—REGIS y HESNARD: La doctrine de Freud et de son école. *L'Encephale*, núms. 4, 5 y 6, 1913.
- 61.—HOCHÉ: *Archiv für Psychiatrie*, vol. 51, fascs. 3.º, 1913.
- 62.—BLEULER: *Psychiatrich-Neurologische Wochenschrift*, núms. 18 a 21, 1910.
- 63.—ABRAHAM: *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1907.
- 64.—ABRAHAM: *Centralblatt für Psychoanalyse*, vol. II, 1911.
- 65.—OTTO GROSS: *Das Freudsche Ideogenitätsmoment*, etc. Leipzig, 1907.
- 66.—JONES: *American Journal of Insanity*. Octubre, 1910.
- 67.—RIKLIN: *Psychiatrich-Neurologische Wochenschrift*, 1909.
- 68.—JONES: *Psychological Bulletin*, pág. 109. Abril, 1910.
- 69.—JANET: *L'automatisme psychologique*. Paris, 1889.
- 70.—RIKLIN: Wünscheseerfüllung und Symbolik in Märchen. *Schriften zur angewandten Seelenkunde*, fasc. 2.º. Leipzig, 1908.
- 71.—RANK: Ein Traum, der sich selbst deutet. *Fahrbuch für psychoanal*, etcétera, pág. 465, 1912.
- 72.—JONES: Freud's Theory of Dreams, *American Journal of Psychology*. Abril, 1910.
- 73.—JONES: The relation between Dreams and psychoneurotics Symptoms, *American Journal of Insanity*. Julio, 1911.
- 74.—JUNG: Psychoanalyse und Associationexperimenten, *Fahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, vol. VII, 1906.
- 75.—JONES: A Modern Conception of the Psychoneuroses. *Interstate Medical Journal*. Agosto, 1910.
- 76.—HECKER: Ueber larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. *Centralblatt für Nervenheilkunden*, etc. Diciembre, 1893.
- 77.—HERZ: *Die sexuelle psychogene Herzneurose*. Viena, 1909.
- 78.—CURSCHMANN: Ueber Angina pectoris vasomotoria. *III Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte*. Viena, 1909.
- 79.—TREUPEL: Ueber Herzneurosen. *Münchener medizinische Wochenschrift*. 1909.
- 80.—OPPENHEIM: *Neurologisches Centralblatt*, núm. 22, pág. 1.262, 1910.
- 81.—CRAMER: *Deutsche medizinische Wochenschrift*, núm. 32, 1910.
- 82.—LÖWENFELD: *Sexualleben und Nervenleiden*, 4.ª edición. Wiesbaden, 1906.
- 83.—STEGMANN: *Medizinische Klinik*, núm. 29, 1908.
- 84.—STEGMANN: *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1908.
- 85.—FERNÁNDEZ SANZ: *Siglo Médico*, núm. 3.140, 1914.

- 86.—FERNÁNDEZ SANZ: Limitaciones prácticas de la Psicoterapia. *Congreso de la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias*. Granada, 1911.
- 87.—FRIEDLANDER: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, núms. 45 y 50, 1910.
- 88.—PUTNAM: *The Journal of Nervous and Mental Diseases*. Noviembre, 1910.
- 89.—JONES: *The Journal of Nervous and Mental Diseases*. Mayo, 1910.
- 90.—JONES: *Review of Neurology and Psychiatry*. Febrero, 1912.
- 91.—FERENCZY: *Fahrbuch für psychoanal.* etc., vol. I, 1909.
- 92.—PFISTER: *Protestantische Monatshefte*, vol. 13, fasc. 1.º, 1909.
- 93.—ADLER: Das sexuelle Probleme in der Erziehung. *Die neue Gesellschaft*, 1905.
- 94.—WULFFEN: *Der Sexualverbrecher*. Berlín, 1910.
- 95.—STEKEL: *Dichtung und Neurose*. Wiesbaden, 1909.
- 96.—MUTHMANN: *Psychiatrisch-Theologischen Grenzfragen*. Halle, 1907.
- 97.—H. HUCHARD: *Traité des Névroses*, de Axenfeld, traducción francesa, 2.ª edición. París, 1883.
- 98.—KING: Hysteria, *American Journal of Obstetrics*. 18 Mayo, 1891.
- 99.—HELLPACH: *Grundlinien einer Psychologie der Hysterie*. Leipzig, 1904.
- 100.—BERGSON: *L'Evolution créatrice*, 14.ª edición. París, 1913.
- 101.—KRAEPELIN: *Psychiatrie*, 8.ª edición. Tomo III. Leipzig, 1913.
- 102.—HINRICHSSEN: Sexualität und Dichtung, *Grenzfragen der Nerven und Seelenlebens*, vol. 85. Wiesbaden, 1912.
- 103.—PREYER: *Die Seele des Kindes*. Leipzig, 1908.
- 104.—URWICK: *The Child's Mind*. Londres, 1907.
- 105.—MENDOUSSE: *L'âme de l'adolescent*. París, 1911.
- 106.—GAULTIER: L'adolescence, *Revue de Paris*, núm. 14, 1912.
- 107.—IVAN BLOCH: *Das Sexualleben unserer Zeit*. Berlín, 1907.
- 108.—RIBBING: in *Handbuch der Sexualwissenschaft*, de A. Moll. Leipzig, 1912.
- 109.—FOREL: *La Question sexuelle, exposée aux adultes cultivés*. París, 1906.
- 110.—TOUTON: *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, vol. 10.º, fasc. 7.º, 1910.
- 111.—RIEGER: *Schmidts Farbücher*, 1896.

SEGUNDA PARTE

CLINICA

I

DOS CASOS DE HISTERISMO INFANTIL

Entre los múltiples aspectos que las complejas y abigarradas manifestaciones histéricas ofrecen al observador, entre los diversos puntos de vista parciales que para su estudio pueden elegirse, es, sin duda alguna, uno de los más interesantes el que se refiere a las determinaciones histéricas en la infancia.

Por más de un concepto es, no sólo curioso, sino también en extremo provechoso, el estudio de este asunto; en primer lugar, etiológicamente el histerismo infantil debe presentar una esquemática sencillez causal, dado que el organismo del niño no ha sido aún, por razón natural, sometido a las complejas influencias tóxicas, infecciosas, morales, etc., que obrando simultánea o sucesivamente en el adulto, mutuamente se modifican, produciendo una resultante heterogénea en la que es difícil deslindar lo que realmente corresponde a la acción de cada uno de los factores; debemos, pues, considerar como la primera característica del histerismo infantil la simplicidad etiológica.

En segundo término, es sabido que el organismo, en la primera edad de la vida, reacciona intensamente al influjo de todas las causas morbosas, exagerando todas las manifestaciones sintomáticas, hasta el punto de constituir en muchos

casos este exceso de reacción un serio peligro para la vida del enfermito; por consiguiente, es lógico presumir que este exceso de reacción imprimirá a las histeropatías del niño un sello de exageración, de amplificación, que facilitará el estudio de sus detalles y modalidades clínicas.

Por último, desde el punto de vista terapéutico, nos encontramos, cuando de histerismo infantil se trata, en mejores condiciones para la lucha que en el caso de histerismo del adulto: la mentalidad del niño, movable, maleable, en período formativo, es fácilmente modificable por las sanas sugerencias del terapeuta, no ofreciendo esa tenacidad, esa desesperante persistencia de las viciaciones psíquicas del histérico adulto, contra las cuales se esterilizan toda la perseverancia y toda la habilidad del médico.

Pero no se crea, apesar de lo dicho, que el histerismo infantil es escuetamente sencillo en su etiología, reducido y evidente en su sintomatología, y fácilmente dominable en su tratamiento; lo que quiero decir es que es menos complicado etiológicamente, menos confuso y heterogéneo sintomáticamente, y menos ingrato terapéuticamente que el histerismo del adulto, pero dista mucho todavía de ser un modelo de claridad y precisión.

Ostenta el histerismo infantil, como todas las manifestaciones histéricas, esa tendencia anárquica, esa irreductibilidad a principios fijos que ha hecho estériles todos los esfuerzos realizados por los autores para someterlas a leyes definidas; todas las tentativas de metodización del histerismo han sido baldías y vanas. Así, por ejemplo, la sistematización llevada a cabo por la Escuela de la Salpêtrière es un admirable esfuerzo de síntesis teórica, es un utilísimo guía para el estudio de estos complicados asuntos, pero dista mucho de responder a la realidad de los hechos, y por esta razón, o ha de transformarse adaptándose a la realidad, o ha de caer en el olvido. La división de los fenómenos histéricos en *permanentes o estigmas*, y *paroxísticos o accidentes*, es un artificio que difícilmente puede sostenerse; y el mismo Gilles de la Tourette así

lo reconoce explícitamente, prescindiendo en sus obras sobre el histerismo de tal división, y estudiando simultáneamente los estigmas y los accidentes, agrupados según su naturaleza; así, al tratar de los trastornos motores, estudia juntamente la amiotenia, la diátesis de contractura (estigmas) y las parálisis y contracturas (accidentes), y lo mismo hace con los trastornos sensitivos, vasomotores, etc. Los estigmas, considerados por Charcot y sus discípulos como la signatura del histerismo, como poderoso argumento y como piedra de toque para su distinción de los estados que simula, tienen también un valor muy relativo; son muy numerosos los casos de histerismo evidente en que la exploración más minuciosa es incapaz de revelar la existencia de ningún estigma. En general, puede decirse que esos estigmas son acaso producto de la sugestión determinada por exploraciones anteriores; por eso en los histéricos recientes, no sometidos a investigaciones previas, son raros los estigmas y éstos van apareciendo en el transcurso de la enfermedad a medida que el sujeto va siendo educado por los médicos y va enterándose de lo que es teóricamente la afección que padece. En cuanto a la fórmula sintética del ataque completo de mal mayor, con sus cuatro períodos clásicos (epileptoideo, de los movimientos extensos y convulsiones, de las actitudes pasionales y de delirio), fórmula que condensa todas las manifestaciones paroxísticas posibles, que de ella pueden derivarse mediante supresiones, transformaciones, prolongaciones, sustituciones, etc., tampoco tiene aplicación práctica en muchos casos. Repetidas veces he tenido ocasión de observar los ataques de mal mayor en las histéricas del Hospital General (ataques formidables, no sólo por su intensidad, sino también por su duración), y siempre me ha sido imposible, no obstante la voluntad, la paciencia y la atención que en el empeño he puesto, conseguir su reducción a la fórmula de la Salpetrière.

Gilles de la Tourette ha enunciado también algunas supuestas leyes que tratan de definir y metodizar la hasta ahora irregible sintomatología del histerismo; una de estas leyes

es la que admite que toda manifestación histérica, motora o visceral, lleva superpuesto un trastorno sensitivo, anestesia o hiperestesia. Así, el histérico con vómitos o con anorexia tendrá una placa hiperestésica o anestésica en la región epigástrica; una contractura de la cadera se acompañará de una zona hiperestésica triangular, con el vértice en el pubis y la base en el surco interglúteo; añade Gilles de la Tourette que el estado de este trastorno sensitivo superficial es la mejor norma para apreciar las oscilaciones de agravación o alivio de la perturbación profunda, pues ambos se modifican paralelamente, y no puede darse ninguna alteración por curada mientras subsista el desorden sensitivo que la recubre. Que así ocurra en muchos casos, es posible; pero sin que pueda elevarse por eso esta coexistencia a la categoría de ley, porque las excepciones son, por lo menos, tan numerosas como los casos conformes a la regla.

El mismo Gilles de la Tourette ha enunciado una fórmula urinaria del ataque histérico que, según él, es un signo infalible para distinguir el ataque de histerismo de los análogos determinados por diversas afecciones (epilepsia, eclampsia). Consiste esta fórmula urinaria en la disminución del residuo fijo, de la urea y de los fosfatos, con inversión de las cantidades relativas de éstos; es decir, que en vez de conservar los fosfatos alcalinos y los alcalino-térreos la proporción normal de 3 a 1, se convierte en 2 a 1 ó 1 a 1. Estos caracteres químicos de la orina bastarían, no sólo para distinguir los accesos convulsivos histéricos de los epilépticos, eclámpsicos, etc., sino que también servirían para referir y asimilar al ataque histérico varios fenómenos de filiación dudosa, como las crisis de tos, bostezo, hipo, etc.

Voisin, Feré, Roger y otros han negado valor a esta ley, y, aunque su autor sigue considerándola como indubitable, no ha conseguido convencer a sus detractores.

Basta con los ejemplos mencionados para demostrar que hasta el presente no ha sido posible reducir a leyes ciertas e inmutables las complicadas manifestaciones histéricas; sien-

do la característica de esta afección la heterogeneidad, la multiplicidad, la extravagante variedad de sus manifestaciones.

Cierto que todas las enfermedades ofrecen una elasticidad sintomática tal, que permite la agrupación, en torno de la forma tipo, de numerosas modalidades clínicas; esto ocurre, para no citar más que los ejemplos más salientes, con el paludismo, con la fiebre tifoidea y aun con la pulmonía, no obstante su en el fondo inquebrantable unidad y el vigoroso relieve de su individualidad nosológica; tal ocurre, dentro de la neuropatología, con la esclerosis en placas, con las polineuritis, y sobre todo con una neurosis, tan próxima vecina del histerismo, tan parecida a éste en alguna de sus manifestaciones, que requiere un minucioso diagnóstico diferencial: con la epilepsia. Nada tan variado en apariencia como las diversas formas del acceso epiléptico: desde el ataque de mal mayor hasta la ausencia, manifestación la más atenuada del mal menor; desde el tic de Salaam hasta el paroxismo psíquico, hasta la crisis de manía ambulatoria, hasta la impulsión homicida o suicida, hay una gama infinita de modalidades epilépticas. Pero todas ellas se muestran idénticas en sus caracteres esenciales, revelándose así claramente su abolengo, y estableciéndose su parentesco con la forma típica de mal mayor; estos caracteres son la brusquedad, la inconsciencia, la amnesia, la depresión física y psíquica subsiguiente, la evolución accesional.

En el histerismo, como hemos visto, no ha sido posible hasta ahora establecer leyes fijas, definir caracteres precisos análogos a los que acabo de enunciar; pero aunque las tentativas hechas en ese sentido no hayan conseguido el objeto que se proponían, no por eso ha resultado por completo estéril el esfuerzo de sus autores. El estudio del histerismo se ha ido progresivamente perfeccionando, su rango se ha ido elevando, su concepto se ha ido ampliando, hasta constituir el actual cuerpo de doctrina, vasto, complejo, riquísimo en interesantes detalles, aunque necesitado de una síntesis defi-

nitiva que aclare su íntima naturaleza y precise la noción de su patogenia.

Así se ha visto al histerismo ir ascendiendo en categoría, ir ennobleciendo su condición, y siendo para Platón y los médicos griegos una enfermedad *uterina*, determinada por la migración de la matriz que recorre el organismo, interceptando la salida del aire, cuando, llegada la época de la pubertad, no ve satisfechos sus deseos de reproducción, fue ya en el siglo xvii, para Sydenham y Willis, una enfermedad *cerebral*, producida por la infiltración en el encéfalo de la *colluvies serosa*. Aunque vaga y confusa, esta hipótesis representaba un considerable progreso, comparada con la fantástica explicación de Platón (combatida ya y calificada de absurda por Galeno), y, haciendo al histerismo independiente de los trastornos uterinos, daba cuenta de su presentación en el sexo masculino. Sin embargo, tanto ha perdurado la opinión que admite una íntima e inevitable relación entre el útero y el histerismo, error consagrado y continuado por el mismo nombre de esta afección, que todavía no hace muchos años se consideraba como una excepcional rareza la existencia de trastornos histéricos en el hombre. La teoría cerebral fuese paulatinamente perfeccionando y precisando, y cuando los progresos de la anatomía patológica demostraron que el histerismo carecía de lesión apreciable por los medios de investigación macroscópica y microscópica, diósele la categoría de neurosis, que aun conserva para la mayoría de los autores. Pero no se ha detenido aquí la evolución progresiva del histerismo: penetrando más hondamente en el análisis de sus síntomas, desmenuzando prolijamente el mecanismo de sus manifestaciones, han llegado los modernos investigadores, y a la cabeza de ellos Pierre Janet, a la conclusión de que esta afección es un trastorno puramente psíquico y que debe ser colocada entre las psicosis. Véase, pues, la magnitud de la trayectoria recorrida en el transcurso de los tiempos por el concepto del histerismo, elevándose desde el aparato genital hasta la esfera de la *psiquis*.

Paralelamente a este perfeccionamiento de la noción de su naturaleza, se ha ido también ampliando su contenido sintomático, multiplicándose extraordinariamente el número y la variedad de sus manifestaciones conocidas. En un principio, sólo se conoció del histerismo el acceso convulsivo, muy frecuentemente confundido con el ataque epiléptico. Aunque se conocían otras manifestaciones histéricas, como los trastornos sensitivos y tróficos, las perturbaciones delirantes, etcétera, no se las consideraba como expresivas de la neurosis, ignorándose sus relaciones con el acceso convulsivo, sino que se atribuían a causas sobrenaturales, a la intervención de Dios o de los demonios. De aquí que la historia del histerismo durante la Edad Media y buena parte de la Edad Moderna se encuentre, no en las obras de Medicina, sino en los tratados de Teología, de Mística y de Hechicería. Mejor que los médicos, reconocían en aquella época los fenómenos histéricos (aunque claro es que sin considerarlos como tales) los sacerdotes, los tratadistas de Demonología, los encargados de juzgar y definir los hechos de brujería. Las *marcas del diablo* no eran más que placas de anestesia histérica; los éxtasis y visiones, episodios de delirio histérico, y el furor de los poseídos, sus horribles contorsiones, una forma del ataque de mal mayor, el ataque demoníaco, tan admirablemente descrito por Charcot y Richer.

El adelanto científico, invadiendo el campo de lo sobrenatural y buscando racional explicación a los hechos tenidos antes por maravillosos, incorporó todos esos fenómenos al histerismo, demostrando su estrecho parentesco con los accesos convulsivos. Esta anexión dilató extraordinariamente los dominios de la neurosis; pero aun experimentó nuevas ampliaciones con el conocimiento del histerismo infantil, del histerismo masculino, de los histerismos tóxicos y traumáticos, del histerismo monosintomático, etc.

Consecuencia natural de la hipótesis que suponía al histerismo exclusivamente producido por los trastornos del útero inactivo, era la creencia de que sólo la mujer púber podía ser

histérica; pero precisamente la falsedad de aquella doctrina fue demostrada por la observación de trastornos indiscutiblemente histéricos en el hombre y en el niño. Hoy se admite que el histerismo masculino es por lo menos tan frecuente, y en ciertos medios sociales más frecuente que el femenino, y en cuanto al histerismo infantil, aunque no tan común, dista mucho de ser excepcional, y, como he dicho al principio, es digno, por más de un concepto, de especial atención.

El histerismo infantil fue ya conocido por Lepois a principios del siglo xvii; posteriormente se han multiplicado las observaciones, algunas de ellas notables por la precocidad del desarrollo de la neurosis (antes de los tres años), que han tratado de definir los rasgos que caracterizan a ésta cuando hace su aparición en las primeras edades de la vida. Se ha observado que es más frecuente en las niñas que en los niños (dos hembras por un varón, Gilles de la Tourette), que la época preferida de presentación es de los doce a los catorce años, es decir, en el período de transición entre la infancia y la adolescencia, sin que por esto sean raros los casos de aparición en edad más temprana. Las manifestaciones sintomáticas son poco numerosas, reducidas muchas veces a un solo accidente, figurando entre los más frecuentes los episodios delirantes, el sonambulismo y algunos síndromes complicados que simulan las afecciones propias de la infancia (pseudomeningitis, pseudocoxalgia); en cambio, son raros los accesos convulsivos, curioso contraste con la tendencia que el organismo infantil ostenta a padecer convulsiones por la acción de la más ligera causa. Insiste también Gilles de la Tourette en la frecuente carencia de estigmas mentales y orgánicos en los histéricos niños. Por último, se consideran como agentes etiológicos dominantes la herencia, el contagio y la educación mal entendida; en cuanto al pronóstico, se tiene al histerismo infantil como leve, fácilmente dominable por un tratamiento bien dirigido; mas a reserva de la posibilidad de que aparezcan más tarde nuevas manifestaciones histéricas.

Pero ninguno de estos caracteres es constante, no presentando la fijeza necesaria para que puedan servir de norma en el estudio de este asunto; aquí, como en todos los casos, se muestra el histerismo rebelde a toda sistematización, y los dos ejemplos de histerismo infantil que voy a exponer revelan el escaso valor que debe atribuirse a los caracteres antes mencionados.

* * *

OBSERVACIÓN I.—A. V., niña de quince años, de un pueblo de Navarra.

Sus padres viven: son robustos campesinos que disfrutaban de buena salud; tiene cuatro hermanos, todos sanos. No hay en su familia antecedentes neuropáticos. Ella ha crecido fuerte y sana, sin haber padecido nunca enfermedades graves, sino sólo catarros ligeros y algunos dolores de estómago; a los cinco años tuvo calenturas y vómitos por espacio de muy pocos días.

Enfermedad actual.—A los diez años comenzó a observar que cuando estaba sentada se le presentaba un dolor intenso, agudo, punzante, en la rodilla izquierda; desaparecía este dolor con el ejercicio, y no le impedía la marcha ni ningún movimiento de la pierna. Al cabo de un mes sufrió una caída de un asno, recibiendo el golpe en el brazo izquierdo: esta caída no tuvo consecuencias por el momento; pero a los pocos días observó que se le encogía la pierna izquierda cuando estaba acostada, y a la vez experimentaba debilidad en ella y le era difícil andar. Posteriormente se acentuaron estos trastornos, exagerándose el encogimiento de la pierna, hasta el punto de serle imposible apoyarla en el suelo y quedándose sin fuerzas, más corta y más delgada que la otra, viéndose precisada a andar con una muleta. Al mes de sufrida la caída, el encogimiento de la pierna, que hasta entonces había sido progresi-

vo y lento, se acentuó bruscamente; al levantarse una mañana, se halló con que tenía la pierna agarrotada, fuertemente doblada por la cadera y por la rodilla; y en esta posición ha continuado hasta la fecha, pero no de un modo permanente; pues desaparece la rigidez durante el sueño, para reproducirse al despertar. Los dolores de la rodilla han cesado, salvo alguna que otra transitoria aparición. Como tratamiento, ha estado sometida a la extensión forzada e inmovilización de la pierna en esta posición por espacio de cuarenta días, sin obtener ningún alivio.

Estado actual.—Es una muchacha bien desarrollada, de aspecto robusto, gruesa, de buen color.

Aparato digestivo: poco apetito; lengua roja, irritada; dolor de estómago frecuente, que se le calma con la ingestión de alimentos; regurgitación de sustancias acres; eructos ácidos; algunas veces dolores de vientre y diarrea.—*Aparato respiratorio:* normal.—*Aparato circulatorio:* taquicardia (100 pulsaciones por minuto); eretismo cardíaco; crisis de palpitaciones provocadas por las emociones morales.—*Aparato urinario:* normal.—*Aparato genital:* no se ha establecido aún la menstruación.

Sistema nervioso.—Síntomas motores: disminuída considerablemente la fuerza de presión en la mano y la de flexión del antebrazo en el lado izquierdo.—*Miembro inferior izquierdo,* está enérgicamente e invenciblemente contracturado en flexión ligera del muslo y exagerada hiperflexión de la pierna, combinadas con la abducción y rotación externa del muslo, de modo que la cara anterior de la región de la garganta del pie izquierdo se coloca detrás de la corva derecha; el pie no está contracturado, sino flácido, en posición varoequina, y siendo posibles sus movimientos, tanto pasivos como activos. El intento de dominar esta contractura por la fuerza provoca vivos dolores, sobre todo en la posición vertical; en la horizontal, aunque no puede llegarse a la rectitud absoluta, se corrige mucho la posición viciosa; durante el sueño desaparece la contractura.

Reflejos.—El rotuliano derecho exagerado; el izquierdo, imposible de explorar por la contractura; los plantares, exagerados ambos y en flexión plantar; los de codos y muñecas, normales.

Síntomas tróficos.—El miembro inferior izquierdo es algo más corto y bastante más delgado que el derecho; la espina iliaca izquierda está más baja que la derecha.

Hay normalidad sensitiva y sensorial; la inteligencia es despejada; el carácter, animado; es tenaz en sus decisiones, difícil de dirigir mentalmente, muy aferrada a sus opiniones; la palabra y el sueño son normales.

No hay más estigma histérico que el dolor provocado por la presión de la región ovárica; no ha sido posible encontrar ninguna zona de anestesia ni de hiperestesia.

Como los padres de la enferma, después de haber consultado con varios médicos, temían la existencia de alguna lesión de la articulación de la cadera, nuestro primer cuidado fue hacer el diagnóstico diferencial entre la coxalgia y la pseudocoxalgia histérica. Había comenzado la enfermedad con dolores en la rodilla; pero en lugar de presentarse estos dolores con el movimiento, como ocurre en la coxalgia verdadera, en este caso, al contrario, aparecían durante el reposo y cesaban con el movimiento. La marcha de la afección demostraba también claramente que no se trataba de una lesión orgánica articular, pues en muy poco tiempo había llegado al máximo de trastornos, y después, durante cinco años, había permanecido completamente estacionaria, sin dar lugar a ningún síntoma nuevo ni repercutir en lo más mínimo en el estado general. Por último, el estudio detenido de la contractura en sí también revelaba su naturaleza histérica: en efecto, una contractura tan exagerada que no se limita sólo a la cadera, sino que se extiende también a la rodilla; que produce una violenta flexión de esta última articulación, y que ofrece considerables variaciones en su intensidad, atenuándose en la posición horizontal y desapareciendo durante el sueño, es tan diferente de lo que son las contracturas de la coxalgia que no

permite la más ligera duda. Ciertamente que este caso no se ajusta a la descripción que hacen los autores de la pseudocoxalgia histérica, con su zona de hiperestesia triangular, con el vértice en la sínfisis pubiana, y la base en el surco interglúteo, superpuesta al trastorno motor; pero esto sólo es una prueba más de que en asunto de histerismo valen muy poco todas las pretendidas leyes. Confirmando las anteriores suposiciones una detenida exploración con anestesia, completada por el examen radiográfico, demostró la integridad de la articulación coxofemoral.

Había en la enferma algunos síntomas independientes del histerismo, pero que se explicaban muy fácilmente por consideraciones de otro orden; me refiero a las ligeras perturbaciones de las funciones digestivas y a los trastornos circulatorios, que se justificaban muy lógicamente por la edad crítica de la niña, debiendo considerarse los últimos como alteraciones vasomotoras premonitorias del establecimiento de la menstruación, y los primeros como expresión atenuada de una clorosis apenas esbozada.

Como la enferma no era hipnotizable y se mostraba además en absoluto rebelde a la sugestión vigil, no hubo más remedio que emplear un simulado tratamiento local (no obstante los inconvenientes que los autores reconocen a este procedimiento), combinado con la administración de tónicos al interior, de preferencia los preparados de hierro. Se aplicaron a la pierna afecta corrientes galvánicas y farádicas; se hizo uso de la electricidad estática, del masaje, de la gimnasia, etc.; pero todo fue inútil, y al cabo de tres meses perdimos de vista a la enferma, sin haber conseguido mejorar en nada su estado.

OBSERVACIÓN II.—B. G., de quince años, natural de un pueblo de la provincia de Toledo.

Sus padres viven y disfrutan de excelente salud; tiene siete hermanos, todos sanos, habiendo muerto tres en la primera infancia.

Nació la niña normalmente, y se desarrolló sin contratiempo y sin padecer ninguna enfermedad hasta la edad de

dos años: en esa época padeció un mal que le duró dos meses, consistente en calentura no muy alta, inapetencia, diarrea y adelgazamiento; fue calificada esta enfermedad de tisis del vientre, y curó sin consecuencias, continuando después la niña en perfecto estado de salud.

Enfermedad actual.—Comenzó el 1.º de Mayo de 1902, a consecuencia, según refiere la madre, de haber comido con repugnancia un pedazo de hígado de cerdo: desde entonces hubo inapetencia a todas horas, con grandes náuseas al ver u oler la comida, o sólo al oirla nombrar; a la vez estreñimiento, y en dos ocasiones retención de orina, durante tres días cada vez, cediendo la primera espontáneamente y necesitando la segunda el cateterismo; también ha tenido distensión exagerada del vientre. Se alimenta muy poco, siéndole muy difícil, casi imposible, tragar (por la producción de náuseas); pero una vez en el estómago los alimentos, los retiene bien.

Estado actual.—Es una niña de mediano desarrollo, en buen estado de nutrición, no obstante el prolongado ayuno a que está sometida; de aspecto poco inteligente.

Aparato digestivo: lengua muy saburrosa; náuseas por accesos (cinco o seis seguidas) cuando ve algún alimento o le oye nombrar; no se alimenta más que con leche y fideos; no hay vómitos estomacales, pero sí esofágicos cuando se la insta para que degluta algún alimento, no siendo los antes mencionados. La inspección, palpación y percusión abdominales revelan integridad completa; considerable estreñimiento; sólo se provoca la defecación por medio de purgantes o enemas. *Aparato circulatorio y respiratorio:* normales.—*Aparato urinario:* orina muy de tarde en tarde, cada doce horas; la orina es muy clara.

Sistema nervioso.—Normalidad motora, refleja y trófica; es notable la falta de enflaquecimiento y lo sonrosado del color del rostro, no obstante lo escaso de la alimentación.

Síntomas sensitivos.—Hipoestesia dolorosa y térmica general.

Síntomas sensoriales.—Estrechez concéntrica muy pronunciada del campo visual; parece que hay *agueusia*, pues dice que no distingue el sabor de los alimentos.

Estado mental.—Es de carácter adusto; se preocupa extraordinariamente por el hecho más sutil; es poco comunicativa; usa vocablos no apropiados a su edad y medio social (según expresión de sus padres, es muy *redicha*); todas sus frases se refieren a su enfermedad; no tiene la viveza ni la animación propias de su edad.

Estigmas histéricos.—Hipoestesia dolorosa y térmica generalizada; estrechez concéntrica del campo visual; anestesia faríngea al contacto, contrastando con la exagerada reacción de la faringe y del esófago cuando ve los alimentos o trata de deglutirlos.

Como los padres suponían que su hija padecía alguna grave enfermedad del aparato digestivo, fue en extremo difícil convencerlos de que se trataba de fenómenos de histerismo, de lo que ellos, por otra parte, no tenían ni la más remota idea, pues ni en sus parientes ni en sus convecinos habían visto nunca nada parecido. El diagnóstico era sencillo: de una parte la integridad orgánica revelada por una minuciosa exploración, de otra la presencia de los estigmas, el estado mental y la extravagancia misma de las manifestaciones sintomáticas, así como el modo de presentación y el curso de la afección, imponían la evidencia de un trastorno histérico.

Como era imposible emplear un tratamiento psíquico adecuado, pues debía regresar la niña al pueblo de su naturaleza, nos limitamos a prescribir pulverizaciones de una solución indiferente en la faringe con un fin sugestivo. No he vuelto a tener noticias de la enfermita.

Aunque los dos casos que acabo de historiar difieren bastante en su aspecto clínico, presentan algunos rasgos comunes que permiten la exposición de algunas consideraciones por su observación sugeridas.

La etiología de ambos casos es muy curiosa, porque en ninguno de ellos puede vislumbrarse el rastro de alguna causa a que achacar la determinación de la neurosis; son dos casos de histerismo espontáneo, si así puede llamarse, brotados en sujetos no predispuestos ni por herencia ni por género de vida, habitantes de un medio en que el histerismo es apenas conocido, sin ejemplos que imitar, y no expuestos al desequilibrio nervioso que produce una educación inadecuada a las condiciones de la inteligencia del niño. Ni herencia, ni contagio, ni *surmenage*, ni emociones morales se encuentran en ninguno de los dos casos; ¿a qué achacar, pues, el desarrollo del histerismo? Imposible es averiguarlo; aunque debe pensarse en la influencia de alguna causa desconocida, distinta de las hasta ahora admitidas como provocadoras de manifestaciones histéricas.

Aunque los casos que he historiado sean de etiología incógnita, debe reconocerse la importancia que bajo este concepto tienen las causas antes enumeradas: herencia, contagio, educación. Haré una breve exposición del mecanismo de acción de cada una de ellas.

La herencia juega un importante papel en la determinación de esta neurosis, como en la de todas las afecciones nerviosas. Debe entenderse la herencia en su sentido más amplio, abarcando no sólo la herenciasimilar, homóloga y directa, sino también la heteróloga e indirecta, y debe aplicarse no sólo a los padres, sino a todos los ascendientes. Neurasténicos, alcohólicos, epilépticos, tabéticos, esclerósicos, pueden engendrar descendientes histéricos, pero con una limitación: la tara neuropática vase exagerando a su paso por las sucesivas generaciones, de modo que las perturbaciones del hijo son más graves, las lesiones de su sistema nervioso más hondas que las del padre, acentuándose esta progresiva de-

cadencia hasta llegar al último término de la serie, al idiota impotente, en el que se extingue la familia neurópatica. Parece éste un procedimiento natural de eliminación de los organismos defectuosos, de depuración de la especie humana, en virtud de la cual la ley de la herencia, que tiende a la prolongación de los vicios patológicos, por obligada consecuencia de su misma exageración, anula sus efectos. Teniendo en cuenta esta ley del agotamiento de la herencia por virtud de la herencia misma, por la progresiva exageración de los síntomas y de las lesiones, y teniendo en cuenta que el histerismo carece de lesión conocida, y sus trastornos son casi siempre poco graves y susceptibles de modificación terapéutica, fácilmente se comprenderá que sólo puede figurar en los primeros grados de la escala neuropática, a menos que los efectos de una herencia muy recargada hayan sido parcialmente neutralizados por las saludables condiciones del otro progenitor. Pero, salvo contadas excepciones, los neurópatas afectados de una enfermedad grave, los epilépticos, los paranóicos, los paralíticos generales, en los primeros tiempos de su afección no engendrarán histéricos, sino imbéciles, idiotas, con hondas lesiones meníngeas y encefálicas; en cambio, los neurasténicos, los degenerados superiores, los enfermos de tic, etcétera, sí podrán contar histéricos entre su progenitura.

Con el estudio de la herencia enlázase íntimamente el del contagio. Así como en la etiología de la tuberculosis, y reconociéndose por unanimidad que muy frecuentemente se tuberculizan los hijos de padres tuberculosos, se discute si es debido a la herencia, sea de germen o de terreno, o al contagio, facilitado por la comunidad de vida, así también en el histerismo, aunque el contagio se haya de entender de distinto modo, plantéase el mismo problema. Lo seguro es que ambas causas ejercen positiva influencia, ayudándose mutuamente. El influjo de la herencia se demuestra por los casos en que el histerismo se ha desarrollado en niños que viven aislados de sus padres, histéricos también, sin que aquéllos hayan estado sometidos a la acción de ninguna otra causa

que pudiera considerarse como determinante de la neurosis. En cuanto a la importancia del contagio, evidénciase por la frecuencia con que el histerismo se desarrolla, no sólo en el seno de las familias, sino también en colegios, noviciados, talleres, obradores, etc., por imitación, revistiendo en algunos casos las proporciones de verdaderas epidemias. En la historia se registran ejemplos muy notables de histerismo colectivo, presentando en cada ocasión todos los casos las mismas manifestaciones sintomáticas (convulsiones, éxtasis, etc.). Basta en una agrupación de personas que viven muchas horas del día unidas la presencia de una sola histerica, para que aparezca la neurosis en todos los predispuestos.

Por último: la educación es también un factor etiológico importantísimo en la producción del histerismo infantil, estando tan estrechamente relacionado con los dos anteriores, la herencia y el contagio, que generalmente obran los tres simultáneamente. Puede la educación ser agente provocador del histerismo de varios modos: por exceso, por defecto, por viciación. La educación excesiva, incluyendo bajo este nombre no sólo la educación propiamente dicha, sino también la instrucción, agobia la débil inteligencia del niño, y requiriendo desmedidamente sus nacientes facultades, recargando su mente con materiales mal elaborados, solicitando un rendimiento superior al que sin fatiga ni desgaste puede producir, deteriora los delicados resortes psíquicos y compromete el normal ejercicio de las nobles funciones intelectuales, entre ellas el desarrollo de la conciencia, de la personalidad, permitiendo que con el más ligero pretexto hagan explosión las manifestaciones histéricas.

La educación deficiente, dejando desarrollarse sin norma ni tutela las facultades intelectuales, no cuidando de robustecer la atención y la voluntad, ni de subordinar la impulsión instintiva a la reflexión consciente, producirá desastrosas consecuencias cuando, en la lucha por la vida, sobrevenga el choque con las rudas realidades de la existencia, y entonces el

desquiciamiento de aquella *psiquis* no cultivada será imposible de remediar.

Pero todavía más fatal que las anteriores es la educación viciosa, que lejos de procurar el armónico desarrollo de todas las fuerzas psíquicas, sólo se cuida del cultivo parcial de algunas, dejando a las restantes en la incultura, y, lo que es peor, perpetúa de generación en generación los errores, los convencionalismos, los artificios tradicionales, falseando las aptitudes naturales y atrofiando la voluntad naciente.

Todas estas consideraciones etiológicas tienen extraordinaria importancia práctica, porque de ellas se deriva la profilaxia del histerismo infantil. Sobre todo la educación ha de ser objeto de especial esmero, pues por ella pueden combatirse los nocivos efectos de la herencia: el hijo de un histérico será educado lejos de sus padres; así se evitará, en primer término, el contagio, y además se prevendrá la desdichada educación que forzosamente han de darle tales sujetos. La educación se hará en un establecimiento *ad hoc* (cuidando de precaver todo riesgo de contagio), pues no hay nada más nocivo que la educación solitaria, eficacísima engendradora del egoísmo, del ensimismamiento, de la exaltación morbosa del *yo*, de la *self-suggestion*; la educación en común, al contrario, despierta los instintos de sociabilidad, tonifica el carácter y es el mejor correctivo a la falta de disciplina psíquica que constituye el fondo de los fenómenos histéricos (*).

(*) *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, XII, pág. 1, 1904.

II

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE HISTERISMO MASCULINO

No creo a este caso digno de los honores de la publicidad por el solo hecho de tratarse de un ejemplo de histerismo en un hombre, pues aunque en un principio, y con arreglo a su significación etimológica, se supusiera que esta afección, como de patogenia uterina, era privativa del sexo femenino, se sabe desde hace muchos años, desde que Briquet publicó su famosa obra, verdadero punto de partida del moderno concepto del histerismo, que también afecta a los varones en proporciones variables, según las estadísticas, pareciendo siempre más frecuente entre los hombres de la clase baja que entre los de posición social más elevada y de mayor cultura intelectual.

El interés del caso presente no estriba de un modo exclusivo en el sexo del paciente, sino que se funda en ciertas particularidades que procuraré poner de relieve, una vez narrada la historia clínica, limitándome por el momento a anunciar que se refieren a la modalidad psíquica del sujeto, y que tienen relación con el importante problema, todavía no dilucidado de la existencia y de las propiedades distintivas del llamado carácter histérico.

He de advertir previamente, que dadas la complejidad del asunto de que voy a tratar, la confusión de opiniones que en

el mismo existe y la brevedad del espacio en que me propongo desenvolverlo, me veré obligado a prescindir de indicaciones bibliográficas, rompiendo en esto con mi práctica acostumbrada; a los versados en este género de estudios, fácil les será trazar la filiación de los conceptos emitidos, y los que no conozcan a fondo las opiniones hoy dominantes en materia de histerismo, podrán sin gran trabajo orientarse en las varias excelentes monografías que de esta enfermedad se ocupan; en cuanto al artículo presente es, ante todo, un trabajo de interpretación personal, inspirada en fuentes diversas, pero remotas, y por ello, y en virtud de las razones más arriba expuestas, me considero autorizado a prescindir de la bibliografía.

* * *

J. J., de veinticinco años, natural de Madrid, soltero, pintor, refiere que su padre tiene un carácter sumamente violento y tan fácilmente irritable, que por los más fútiles motivos promueve graves pendencias, lo que motivó frecuentes y hondos disgustos en su hogar. Un hermano del sujeto de la presente historia clínica, se suicidó arrojándose por una ventana; una hermana ha muerto de pulmonía y otra de fiebre tifoidea.

El paciente ha disfrutado habitualmente de buena salud física, pero ha sido siempre extraordinariamente nervioso, poniéndose en un estado de indecible agitación, trémulo y convulso cuando le regañaban o le contrariaban en algo; también ha experimentado desde niño, y especialmente desde los ocho a los doce años, alucinaciones visuales generalmente terroríficas, pareciéndole ver hombres de muy feo aspecto que le amenazaban y otras figuras extrañas que no acierta a definir bien. Ha cometido abusos de onanismo y de coito, pero niega haber sufrido ningún contagio venéreo, no habiendo tampoco incurrido en excesos alcohólicos. Asegura

que no ha padecido ningún accidente tóxico, de los que son frecuentes en la profesión de pintor a que se dedica.

Enfermedad actual.—La atribuye a la violenta emoción que le produjo la trágica muerte de su hermano, ocurrida en las circunstancias de que he hecho mención anteriormente; las primeras manifestaciones morbosas consistieron simplemente en una exacerbación de las particularidades propias de su carácter irritable y exageradamente nervioso; estas alteraciones se fueron acentuando y tomando un aspecto inmutable, llegando a constituir accesos perfectamente definidos, de hiperquinesia paroxística, consistentes en la rápida sucesión de gestos bruscos, parecidos a los tics, pero muy variados e irregularmente combinados, faltando, por lo tanto, la estereotipia propia de los tics; estos accesos de gesticulaciones sobrevenían muy frecuentemente, especialmente cuando experimentaba algún disgusto, alguna sorpresa o cualquier otra impresión demasiado viva; es muy digno de notarse que cuando la emoción provocada era muy intensa daba lugar a una verdadera inhibición, quedando latente la hiperexcitabilidad morbosa y no apareciendo los gestos sino pasado algún tiempo, cuando la emoción se iba atenuando. Estos fenómenos produjeron en él una extraordinaria intranquilidad de ánimo, exagerándose su emotividad habitual, y sintiéndose siempre ansioso e inquieto, siempre pendiente de que sobreviniera el ataque, y en esta situación de espíritu le era imposible no sólo dedicarse a sus habituales ocupaciones, sino ni siquiera pensar en nada ajeno a sus achaques.

Estado actual.—Regular estado de nutrición, desarrollo físico normal; es de estatura mediana y de complexión enjuta; faz expresiva y animada, mirada viva; es locuaz y acciona con vehemencia cuando habla, relatando sus padecimientos en un estilo pintoresco.

Normalidad en todas las funciones esplácnicas, incluso en las genitales, siendo de tendencias heterosexuales, francamente manifestas; a pesar de ello hay en su mentalidad ras-

gos femeninos revelados por su locuacidad, por la movilidad de su expresión fisonómica, y hasta por ciertos gestos y ademanes instintivos.

Cuando se excita mucho hablando hace una serie de gesticulaciones, guiñando alternativamente ambos ojos, torciendo la boca, arrugando la frente, inclinando la cabeza, etcétera, constituyendo estos accesos verdaderas explosiones hiperquinésicas.

A veces los gestos no se limitan a la cara y cabeza, sino que se hacen también extensivos a los miembros superiores, sobre todo a las manos; uno de los movimientos más frecuentemente repetidos entre los muchos que ejecuta, es la imitación del acto de soplar, inflando los carrillos y expulsando violentamente el aire de la boca. Los gestos y ademanes que constituyen estos accesos son polimorfos, variando mucho en sus combinaciones y en su orden de sucesión de un paroxismo a otro, faltando, por lo tanto, la regularidad en su repetición que caracteriza a los tics propiamente dichos.

Existía una zona claramente hiperalgésica en la región precordial, produciendo la presión en este sitio una intensa sensación dolorosa que se traducía por exageradas manifestaciones de sufrimiento, siendo éste el único estigma histérico que pudo apreciarse.

El tratamiento consistió en la prescripción de una fórmula de valeriana y en consejos psicoterápicos encaminados a restituir la tranquilidad a su ánimo y a disipar la preocupación que le dominaba, convenciéndole de la escasísima importancia y de la fácil curabilidad de su padecimiento. Mejoró rápidamente calmándose la intranquilidad que de continuo experimentaba y los accesos de gestos fueron haciéndose cada vez más raros, más cortos y menos intensos; sin embargo, antes de que desaparecieran por completo, se cerró la consulta por haber llegado las vacaciones veraniegas, y no volví a ver al enfermo, ignorando, por tanto, si la curación llegó a ser radical.

Varios son los puntos que en la historia clínica precedente solicitan nuestra atención: en primer lugar, es de notar la manifiesta herencia neuropática que pesa sobre el paciente, hijo de un sujeto irascible, incapaz de contener sus violentos impulsos pasionales, evidentemente desequilibrado e inadaptable al medio familiar; revélase también la tara neuropática en el suicidio consumado por un hermano del enfermo.

En los antecedentes individuales osténtase muy claramente también el neurosismo del paciente informando todos sus actos y constituyendo el rasgo dominante de su carácter; las alucinaciones visuales que a la temprana edad de ocho años comenzó a padecer, tienen desde este punto de vista una muy segura significación, justificando la aplicación del calificativo de histérica a la constitución psíquica de este sujeto.

Es cosa sabida que el histerismo es la neurosis de las mentalidades insuficientemente desarrolladas, siendo por eso más frecuente en el sexo femenino y en la edad infantil, y habiendo por la misma razón predominado en aquellas épocas históricas de escasa cultura en las que la expansión intelectual no podía realizarse, como, por ejemplo, en los oscuros siglos de la Edad Media; pues bien, este enfermo histérico, hombre ya, en plena juventud y próximo a la edad adulta, presenta en su carácter rasgos indiscutibles de la psiquis infantil y de la femenina que tan numerosos puntos de mutuo contacto ofrecen. Como la mujer y como el niño, es este sujeto vehemente y desbordante en la expresión de sus sentimientos, irreflexivamente expansivo, exagerado en la manifestación de sus afectos y facilísimamente sugestionable; hasta en la exteriorización de sus ideas, en ciertos giros del lenguaje, y sobre todo en los ademanes y gestos con que los subraya, deja traslucir un afeminamiento que contrasta vivamente no sólo con su sexo material, sino con sus tendencias sexuales perfectamente caracterizadas. No es, pues, este sujeto un invertido ni un homosexual, sino que permaneciendo su instinto genital en completa normalidad, presenta en su

mente caracteres femeninos y pueriles que explican su predisposición a padecer trastornos histéricos.

Otro punto digno de fijar nuestra atención, es la forma que revestían las crisis hiperquinésicas; consistían, según consta en la historia clínica, en una rápida sucesión de gesticulaciones y ademanes violentos que interesaban a la cara, cabeza y miembros superiores, ofreciendo a primera vista un cierto parecido con los tics, pero eran sumamente irregulares y variables en el orden de presentación. Parecían en su conjunto como una reducción o miniatura del clásico ataque convulsivo histérico, limitado a unos cuantos grupos musculares, y sin acompañarse de trastornos de la conciencia; sabido es que el acceso histérico puede revestir multitud de formas, muy distintas algunas de la crisis típica, dando lugar a fenómenos equivalentes, de diagnóstico en ocasiones muy difícil, pero en el caso presente la semejanza con la forma vulgar se conserva lo bastante bien para que no deje lugar a duda en cuanto a la naturaleza histérica de los trastornos, que pueden calificarse de paroxismos convulsivos histéricos localizados; los antecedentes del sujeto, las particularidades de su constitución psíquica y la eficacia del tratamiento psicoterápico, confirman este diagnóstico (*).

(*) *Clínica y Laboratorio*, VIII, pág. 5, 1912.

III

HEMIPLEJIA HISTERO-TRAUMÁTICA

Todos los trastornos morbosos debidos a accidentes del trabajo o a sucesos que envuelvan responsabilidad civil o criminal y que den derecho al paciente para reclamar indemnización pecuniaria, tienen extraordinaria importancia, pues al interés puramente médico vinculado en los problemas diagnóstico, pronóstico y terapéutico, se añade el interés social y forense que deriva de la contienda entre pretensiones encontradas.

Estos casos obligan al médico a extremar todas las precauciones de prudencia, de seguridad, de agudeza y de exactitud en la investigación, pues un error de apariencia leve, una omisión que acaso parezca insignificante, pueden traer muy graves consecuencias para la reputación del facultativo, poniendo en evidencia faltas que, en circunstancias como las presupuestas, son difícilmente perdonables.

Estos asuntos son en la actualidad objeto de asiduo y minucioso estudio, siendo muy numerosas las publicaciones que acerca de ellos ven la luz, y hasta existiendo Revistas periódicas consagradas exclusivamente a los mismos. Merced a esta intensa labor, vase acumulando un copioso caudal de conocimientos que facilitan mucho la dilucidación de los puntos oscuros, y que señalando las principales causas de error,

permiten formular acertados juicios diagnósticos y pronósticos, prescribir un oportuno tratamiento y señalar los datos en que se han de basar la determinación de la responsabilidad y de la indemnización.

Las dificultades con que el médico tropieza en los casos de accidentes del trabajo o por siniestros, aumentan cuando los trastornos producidos son puramente funcionales; cuando se trata de las llamadas neurosis traumáticas, como los síntomas carecen de base material conocida y como la mayoría de ellos o se reducen a fenómenos subjetivos o son susceptibles de ser reproducidos voluntariamente, hay que tener siempre presente la posibilidad de la simulación, o, por lo menos, de la exageración. Los autores enumeran varios rasgos diferenciales que permiten distinguir al enfermo de neurosis traumática del simulador, pero más que a signos aislados se deberá atender siempre al conjunto de las manifestaciones, y no solamente a esto, sino a la total personalidad del sujeto y a todas las circunstancias del caso.

La observación clínica que motiva este artículo debe considerarse como un caso típico de histero-traumatismo, siendo por ello sumamente sencillo el diagnóstico; pero por esta misma razón le considero digno de ser dado a conocer, pues manifestándose en él con toda claridad los caracteres diferenciales, puede tomarse como ejemplo que sirva para aclarar las dudas que se susciten en el estudio de otros casos más oscuros.

Aparte del interés que presta a este caso la precisión y pureza del síndrome, que permiten ver reflejadas en él las particularidades que constan en las descripciones didácticas, ofrece algunas singularidades etiológicas y otras referentes al tratamiento y a la marcha del proceso curativo, sobre las cuales insistiré después que haya expuesto la historia clínica.

Me guardaré muy bien de entrar en la tan discutida cuestión de si debe admitirse la existencia de una neurosis traumática, como entidad autónoma, distinta de las otras neuro-

sis, o si sólo se deben considerar a los síndromes neuróticos post-traumáticos como formas de las neurosis vulgares, histerismo, neurastenia, hipocondría, sin nada esencialmente distinto fuera de su etiología. A este respecto, baste decir que la última opinión es la hoy generalmente aceptada, si bien con la reserva de que además de la etiología traumática, pueden señalarse en los síntomas de estas neurosis consecutivas a accidentes ciertas particularidades que permiten distinguir-las de las demás, aunque estas diferencias no sean, en manera alguna, lo bastante marcadas para constituir con ellas un tipo especial de neurosis. En el caso presente, el cuadro clínico era el de la hemiplejia histérica clásica, con algún fenómeno añadido que en nada invalida la analogía fundamental, y, por tanto, considero plenamente justificada la denominación de histero-traumatismo.

* * *

F. G., de treinta y un años, natural de un pueblo de la provincia de Murcia, declara que su padre sufrió varios ataques de apoplejía cerebral, quedando a consecuencia de ellos hemipléjico, y perdiendo en el último la vida a los cincuenta y siete años.

El sujeto de esta historia no recuerda haber padecido ninguna enfermedad grave; dice que no tiene hábitos alcohólicos y que no ha sufrido ninguna afección venérea. Comenzó a recibir una educación esmerada, pues su familia se hallaba en buena posición, pero graves pérdidas de fortuna la redujeron a la miseria y tuvo que ganarse el sustento con el trabajo de sus manos, dedicándose últimamente a peón de albañil. Ha sido siempre de carácter vehemente y fácilmente excitable, teniendo poca constancia en sus resoluciones y cambiando de disposición de ánimo con excesiva facilidad.

Enfermedad actual.—El 30 de Marzo próximo pasado se cayó por el hueco de la escalera de una obra en construcción desde una altura de cuatro metros; recibió el golpe en los hombros y en la región cervical posterior y perdió el conocimiento, tardando veinticuatro horas en recobrarle; al volver en sí, no recordaba nada de lo ocurrido, tenía intensos dolores en la cabeza, en la nuca, en el hombro derecho, en el tobillo del mismo lado y a lo largo del espinazo, hasta la región lumbar, y a la vez experimentaba mareos, siéndole imposible fijar la mirada en ningún punto. No podía mover el brazo ni la pierna derechos, pareciéndole que estos miembros no formaban parte de su cuerpo, pues no los sentía, produciéndole la impresión de una cosa muerta; cuando hacía tentativas para moverlos, le acometía un fuerte temblor y eran estremecidos por bruscas sacudidas; los primeros días le costaba algún trabajo orinar, teniendo que hacer esfuerzos para conseguirlo. Poco a poco fue mejorando, atenuándose los dolores y adquiriendo alguna movilidad los miembros derechos, aunque con persistencia del temblor y de la contractura al intentar hacer movimientos con ellos y siéndole imposible andar ni tenerse en pie sin apoyo. Ingresó en el Hospital de la Princesa (sala de San Joaquín, servicio del doctor D. Francisco Rueda) el 30 de Marzo.

Estado actual.—(Exploración el 29 de Abril.) Regular estado de nutrición, color pálido, buen apetito, digestión normal; nada de particular en los aparatos respiratorio, circulatorio ni urinario.

Sistema nervioso.—Los movimientos de los miembros derechos y de la mitad derecha de la cara son extraordinariamente difíciles, no pudiendo hacerse sino en muy limitada extensión y con tan escasa fuerza efectiva, aunque se acompañan de aparatosa contracción de casi todos los músculos del cuerpo, que no puede vencer una leve resistencia que se le oponga. Estos movimientos que no hacen más que iniciarse, sobre todo los del miembro superior derecho, van asociados, como digo, a violentas, desmesuradas y absurdas con-

tracciones de grupos musculares completamente ajenos al movimiento que se pretende hacer, torciendo el tronco, haciendo gestos con la cara, etc. En los miembros afectos se presenta un temblor bastante intenso, no muy rápido, constituido por sacudidas irregulares, cada vez que intenta moverlos. No puede desviar la comisura bucal hacia la derecha, y cuando se le manda sacar la lengua de la boca, la tuerce hacia la derecha; cuando se le ordena hacer movimientos de elevación con el velo palatino, los hace asimétricamente, desviándose la úvula hacia la izquierda. En los miembros izquierdos y lado izquierdo de la cara, la motilidad es correcta. El signo de *Grasset-Bychowsky* es negativo, pudiendo levantar la pierna paralizada cuando está colocado en decúbito supino, lo mismo sola que a la vez que la pierna sana. No puede apreciarse el signo de *Hoover*, porque no hace oposición complementaria apoyando en el plano del lecho el talón de la pierna que permanece en reposo, lo mismo al elevar el miembro inferior paralizado que el sano.

Reflejos.—El rotuliano exaltado en ambos lados; los tendinosos de los miembros superiores normales; el plantar derecho normal, en flexión plantar; el plantar izquierdo exagerado, en flexión plantar también; los cremasterianos y abdominales normales. El conjuntival abolido y el corneal muy disminuído a la derecha; estos dos reflejos permanecen normales a la izquierda. El reflejo faríngeo se halla en estado normal en ambos lados.

No se aprecia ningún trastorno trófico.

Sensibilidad.—Anestesia táctil, térmica y a la presión, con hipoalgesia en toda la mitad derecha del cuerpo (cabeza, tronco y miembros), estando el déficit sensitivo muy exactamente limitado en la línea media; sentido de actitudes y movimientos normal; sentido estereognóstico abolido en la mano derecha.

Visión.—Estrechamiento concéntrico del campo visual monocular del ojo derecho con disminución en éste de la agudeza visual, no pudiendo con él leer un periódico a la distan-

cia de diez centímetros, mientras que con el ojo izquierdo lee perfectamente a mayor distancia. No sabe distinguir los colores con el ojo derecho, y los percibe correctamente con el izquierdo; le es molesto y difícil fijar el ojo derecho en un objeto determinado, provocándose en él fácilmente el lagrimeo.

Oído.—Disminución de la agudeza auditiva en el derecho, con el cual no percibe el tic-tac del reloj sino a la distancia de cinco centímetros, mientras que con el izquierdo lo oye a 30 centímetros.

Se queja de dolor de cabeza continuo y vago, e invitado a precisar los caracteres de este dolor, dice que es más atontamiento que dolor propiamente dicho; también dice experimentar a modo de sacudidas espontáneas en la pierna derecha.

Existen zonas dolorosas a la presión en la parte alta del cráneo, en la región precordial y en la ilíaca derecha; dermografismo muy manifiesto.

Sueño escaso, intranquilo, entrecortado por pesadillas, cuyo asunto es siempre la caída desde grandes alturas, despertándose presa de un terror insuperable. El estado mental está caracterizado por la concentración de su actividad psíquica en torno de las representaciones relativas al traumatismo sufrido y por un tono afectivo de inquietud, de viva ansiedad, de preocupación por las consecuencias del accidente experimentado. Dice que ha observado disminución de la memoria, no recordando especialmente nada de lo referente al traumatismo y de lo que inmediatamente después sucedió.

El tratamiento ha consistido en psicoterapia persuasiva, demostrando al enfermo la poca importancia real de los trastornos que sufre, la falta de toda lesión material y la seguridad de una curación rápida y completa; se ha practicado también la reeducación de los movimientos de los miembros afectados, y se han hecho algunas aplicaciones eléctricas con un fin sugestivo.

Con todas estas prácticas, el enfermo ha ido mejorando progresivamente hasta el punto de que en la actualidad pue-

de tenerse en pie sin necesidad de apoyo alguno, puede andar con auxilio de un bastón y puede elevar el brazo hasta colocarle encima de la cabeza; todo hace esperar que continuando el alivio, ya tan manifiesto, dentro de pocos días habrán desaparecido los residuos que aún quedan de la hemiplejia; la hemianestesia ha retrocedido también considerablemente.

* * *

La falta de los signos que caracterizan a la hemiplejia orgánica, la coexistencia de una hemianestesia sensitivo-sensorial en el mismo lado que la parálisis, la presencia de algunos de los denominados estigmas histéricos, y por último, las circunstancias en que la hemiplejia se produjo y los antecedentes y el carácter del sujeto, demuestran que los trastornos que padece son de índole histérica, no siendo preciso hacer el diagnóstico diferencial con los síndromes análogos debidos a lesiones orgánicas de los centros nerviosos, pues en la historia clínica van enumerados los caracteres distintivos.

Se trata, pues, de un caso de hemiplejia histero-traumática, sin confusión posible con una hemiplejia de causa orgánica; mas para afianzar el diagnóstico es preciso descontar la hipótesis de la simulación; los autores modernos se han esforzado en descubrir caracteres distintivos que permitan desenmascarar a los simuladores, indicando OPPENHEIM (*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 5.^a edic., t. II, pág. 1.339. Berlín, 1909) como más fidedignos los siguientes, que califica de objetivos: exaltación persistente de los reflejos tendinosos y de la excitabilidad mecánica de los músculos y de los nervios, el temblor fibrilar y el temblor con sacudidas tónicas en músculos que no pueden entrar en contracción aisladamente por la acción de la voluntad, los trastornos vasomotores, la inestabilidad de la acción cardíaca, las anomalías secretorias, la

diferencia pupilar, el estrechamiento concéntrico del campo visual. Como en el presente caso existían muchos de estos signos, y como, por otra parte, la mejoría sostenida del enfermo parece revelar su buena fe, creo que debe desecharse la sospecha de simulación.

Abundan en la literatura médica moderna los casos de hemiplejía funcional por traumatismos; entre ellos citaré los siguientes; el de FREY (*Neurol. Centralblatt*, pág. 972, 1904), relativo a un hombre en el que a consecuencia de una caída por una escalera, sobrevino una hemiplejía derecha con hemianestesia, anosmia, agueusia y estrechamiento del campo visual, caso como se ve sumamente parecido al que acabo de referir.

El de FLATAU (*Aerztl. Sachverstand.—Zeit.*, núm. 4, página 70, 1905), hemiplejía con analgesia y anestesia sensitivo-sensorial en el lado izquierdo, estrechamiento del campo visual y diplopia al mirar hacia la izquierda.

El de DEBOVE (*Gaz. des Hôp.*, núm. 42, pág. 495, 1906), caída sobre el lado izquierdo de la cabeza, coma durante varios días, y más tarde, hemiparesia y hemianestesia con contracciones en los músculos de la cara y ojos, fuertes dolores en la zona del trigémino y estrechamiento del campo visual más marcado a la izquierda.

Son también numerosos los casos de trastornos histero-traumáticos de tipo no hemipléjico, determinados por caídas de alturas diversas; sirvan de ejemplo las observaciones siguientes:

DILLER (*Medical News*, vol. 84, pág. 935, 1904). Un hombre de veintidós años cae de espaldas, permanece tres días sin conocimiento, y al volver en sí sobreviene una contractura de los miembros inferiores que le impide andar; analgesia completa en toda la superficie cutánea, menos en las manos y en los pies, donde existe hiperestesia; estrechamiento concéntrico del campo visual; mejoría lenta.

DEBOVE (*Arch. gener. de Medec.*, I, pág. 1.409, 1904). Un albañil de cuarenta y ocho años se cae de una escalera sobre

el lado izquierdo; dolores en el pecho y pie izquierdo, monoplejía crural izquierda, hemianestesia, estrechamiento del campo visual, falta del reflejo faríngeo; taquicardia accasional.

LEYDEN (*Berl. klin. Woch.*, núm. 8, pág. 193, 1905). Una muchacha de dieciséis años rueda por una escalera; sin conciencia durante sesenta horas; parálisis de los cuatro miembros, anestesia térmica, analgesia y pérdida del sentido de actitudes; retención de orina; reflejos tendinosos normales.

Entre los accidentes histero-traumáticos, merecen especial atención aquéllos que guardan relación causal con la indemnización legal a que el siniestrado aspira y que han sido agrupados bajo la denominación de *Rentenhisterie*. FEILCHENFELD (*Arztl. Sachsverstand.—Zeit.*, núm. 16, pág. 320, 1904), distingue dos variedades de esta forma especial de histerismo; en la primera o verdadera, el traumatismo es insignificante y no interesa a los centros nerviosos; existen en el sitio traumatizado ligeros dolores que inducen al interesado a suspender el trabajo, si es que le ha reanudado, y a entablar demandas de indemnización; las repetidas y contradictorias exploraciones inédicas agravan el mal; en la segunda variedad, el accidente ha sido importante, pero no ha ocasionado al paciente ninguna lesión grave, aunque sí ha provocado en él un shock psíquico intenso; los fenómenos histéricos se desarrollan de un modo gradual.

El pronóstico de los síndromes histero-traumáticos es favorable desde luego, *quoad vitam*, pero impone ciertas reservas, *quoad functionem*, pues se muestran a veces muy rebeldes a los recursos terapéuticos. HUGUENIN (*Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte*, núm. 19, pág. 693, 1904), considera especialmente desfavorables, por su tenacidad, los casos en que existen síntomas locales, como parálisis, contracturas y anestias limitadas.

En el caso que he historiado se formuló un pronóstico leve, pues la evolución del proceso reveló su tendencia a la curación y su beneficiosa modificación por la psicoterapia.

El tratamiento ha de ser, ante todo, psíquico, persuadiendo al enfermo de la falta de fundamento material de las molestias que sufre, demostrándole que el traumatismo no ha alterado la integridad orgánica, convenciéndole de la seguridad de una curación completa y procurando en todo lo posible evitar las preocupaciones de orden litigioso. BOLTER (*Ned. Tijdschr. v. Gen.*, II, núm. 5, 1908) aconseja muy razonablemente que se haga el menor número posible de exploraciones y que se recomiende la vuelta al trabajo a la mayor brevedad.

La psicoterapia debe reforzarse con prácticas mecanoté-rápicas, gimnásticas y aplicaciones eléctricas; sólo en casos muy raros, en los que existan indicaciones excepcionales, habrá que recurrir al hipnotismo. (GRUNEWALD *Berl. klin. Woch*, núm. 5, 1908) (*).

(*) *Revista Clínica de Madrid*, II, pág. 443, 1909.

IV

UN CASO DE HEMIPLEJIA HISTÉRICA

No ofrece en general grandes dificultades la distinción entre las parálisis histéricas y las debidas a lesiones ya conocidas del sistema nervioso, siendo el error más fácil de cometer el de desconocer la existencia de una alteración orgánica en un sujeto con antecedentes y aun con síntomas actuales histéricos, en el cual se tiende, naturalmente, a achacar todos los trastornos morbosos que ofrezca a su neurosis, y satisfecho el ánimo con esta unidad diagnóstica no se detiene a analizar detalles que si fueran suficientemente apreciados, demostrarían la coincidencia con dicha neurosis de un proceso patológico de los que se denominan orgánicos. Este error puede dar lugar a graves consecuencias, pues ni el pronóstico, en cuanto a la evolución y a la terminación del mal podrá ser acertado, ni prescripciones terapéuticas exclusivamente encaminadas a combatir el llamado trastorno funcional, resultarán eficaces.

El temor de que bajo las apariencias de un síndrome neuropsíquico, y asociado a éste, se oculte una neuropatía con lesión material, debe preocupar constantemente al clínico, obligándole a la menor sospecha a suspender su juicio, hasta que una exploración minuciosa del caso y una valoración exacta

e imparcial de todos los síntomas recogidos, permitan despejar las incógnitas del problema.

Se conocen hoy tantos signos diferenciales de los fenómenos histéricos, y en especial de las parálisis, con sus similares de origen orgánico, que es sumamente improbable su confusión, a poca pericia y paciencia que el explorador posea. En el caso clínico que motiva este artículo, atento a la regla de prudencia más arriba expuesta, sospeché al principio que pudiera tratarse de una hemiplejia por lesión material del cerebro, sobrevenida en una histérica, pero una investigación detenida me convenció de que la parálisis era puramente funcional, opinión confirmada por la evolución ulterior del proceso.

Publico, pues, esta observación como ejemplo práctico de la seguridad con que hoy pueden diferenciarse las hemiplejias histéricas de las orgánicas, merced al crecido número de datos precisos y fáciles de apreciar con que contamos para su distinción.

* * *

J. A., de treinta y nueve años, casada, natural de un pueblo de la provincia de Ávila, carece de antecedentes neuropáticos familiares. Ha vivido siempre en el pueblo de su naturaleza, y de niña se desarrolló normalmente, siendo de complexión robusta. En la adolescencia comenzó a padecer raros trastornos, que sólo se presentaban en primavera, desapareciendo al cabo de algunos meses, y siendo reemplazados al año siguiente, en la misma época, por otros de distinta naturaleza. El primer año que le ocurrió esto tuvo intensos dolores en los miembros; el segundo, accesos de sudor copioso; el tercero, bruscos, intensos y repetidos vómitos de sangre, a pesar de los cuales no se resintió el estado de su nutrición; el cuarto año tuvo accesos convulsivos con pérdida de cono-

cimiento, que duraban varias horas y se acompañaban de risa estrepitosa. Todos estos trastornos desaparecían al cabo de algún tiempo, durante el cual seguía el tratamiento prescrito por un médico pariente de la enferma; pero este facultativo se negó a tratar los últimos trastornos, los accesos convulsivos, para que no *hiciera el mal tiro a otro lado*.

La paciente contrajo matrimonio, y con el cambio de estado cesaron los accesos convulsivos, no volviendo a presentarse en cinco años; pero reaparecieron luego, aunque sólo a largos intervalos. De recién casada tuvo un aborto de cinco meses, provocado por haberse caído de una caballería; después tuvo otros cuatro abortos, sin causa alguna a que atribuirlos y sin presentar síntomas de haber quedado enferma del aparato genital después del primero. Ha tenido, además, un hijo, que vive y está sano; según refiere la enferma, durante uno de los embarazos tuvo llagas en la boca. Ha tenido a temporadas flujo blanco, poco abundante.

Enfermedad actual.—En Julio de 1908 sufrió un acceso de pérdida de conocimiento, sin que pueda dar detalles del mismo, aunque, según dice, era distinto de los anteriores; a consecuencia de él quedó sin vista por espacio de algún tiempo, recuperándola luego. Poco más tarde tuvo un nuevo acceso, y al volver en sí notó que no podía mover el brazo ni la pierna izquierdas. La motilidad del brazo ha mejorado bastante posteriormente, aunque sin llegar a la normalidad; pero la pierna ha continuado en el mismo estado de impotencia motora, no pudiendo andar sino apoyada en una muleta. Ingresó en el Hospital de la Princesa (sala de Santa Lucía, servicio del doctor Fernández Gómez) el 9 de Diciembre de 1908.

Estado actual.—Excelente estado de nutrición, apariencias de robustez, color sano, panículo adiposo abundante, muy buen apetito, normalidad de los aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio y urinario. Menstruación regular. Ningún trastorno esfinteriano.

Sistema nervioso.—Diferencia de intensidad en los movimientos de las dos mitades de la cara, siendo la contracción

muscular más enérgica a la izquierda que a la derecha, y manifestándose esta diferencia de intensidad también en los movimientos bilaterales; en éstos se contrae asimismo el cutáneo del cuello más enérgicamente a la izquierda que a la derecha. Todos los movimientos del miembro superior izquierdo son ya posibles, aunque algo débiles. En el miembro inferior izquierdo y en el decúbito horizontal, son posibles todos los movimientos, aunque con escasa fuerza, sobre todo la flexión y extensión de la pierna sobre el muslo. No existe el signo de *Grasset-Bychowski*, pues estando echada en la cama puede levantar simultáneamente las dos piernas sobre el plano del lecho, y si teniendo elevada la paralizada se levanta pasivamente la sana, baja un poco la primera, pero no del todo. No existe tampoco el signo de *Hoover*, pues estando en decúbito horizontal, falta la oposición complementaria (revelada por la compresión del plano del lecho con el talón) de la pierna sana al tratar de levantar la paralizada, e inversamente se hunde con fuerza en la cama el talón de ésta cuando eleva la sana. No se observa tampoco la flexión combinada del tronco y del muslo al sentarse en la cama.

No puede andar sin el apoyo de una muleta; lleva la pierna izquierda encogida en la rodilla, péndula, o la arrastra en pos de sí como una masa inerte. Con la muleta anda ágilmente, da vueltas con rapidez y hasta corre, salta y se sube a la cama con facilidad; pero tan pronto como se le quita la muleta, no puede dar un paso, ni tenerse en pie y tiene que apoyarse en cualquier objeto próximo para no caer al suelo.

Reflejos tendinosos de los cuatro miembros exaltados; no hay clonus del pie. Reflejo plantar: a la derecha, normal; a la izquierda, muy débil, haciéndose en flexión plantar en ambos lados; signos de *Oppenheim* y de *Gordon*, nulos. Reflejo de *Mendel* negativo, en flexión dorsal.

No se advierten atrofas musculares.

Sensibilidad.—Anestesia, en forma de media para todas las modalidades de la sensibilidad superficial en el miembro inferior izquierdo, desde la rodilla hacia abajo, y pérdida del senti-

do de las actitudes en el mismo miembro. Anestesia táctil con hiperestesia dolorosa en todo el miembro superior izquierdo, a partir del hombro; en este miembro están bien conservados la sensibilidad profunda y el sentido estereognóstico.

Normalidad de los aparatos sensoriales; reflejos pupilares y campo visual sin alteración alguna.

Tono afectivo irritable, siendo pronta a enfadarse, un poco arisca, brusca en sus ademanes y terca. Reacciones de expresión afectiva muy exageradas por ligeras molestias, tanto morales como físicas.

Como síntomas pertenecientes al grupo de los tenidos por estigmas histéricos, apreciáronse los siguientes: hiperalgesia muy marcada en las dos zonas ováricas y menos intensa en el *vertex* cefálico. Reflejo faríngeo perezoso, pero insistiendo en la estimulación, acababa por producirse.

Se practicó la punción lumbar, con fines didácticos, para completar el diagnóstico diferencial. Se obtuvo el líquido céfalo-raquídeo, que era completamente límpido, a tensión un poco superior a la normal, pues se contaron 53 gotas por minuto, siendo el calibre de la aguja 1 mm.

A mediados de Diciembre se comenzó un tratamiento eléctrico sugestivo, consistente en aplicaciones farádicas con pincel, a lo largo de la pierna paralizada; a la vez sugestión vigil, afirmando enérgicamente la idea de curación radical y pronta. A la tercera aplicación eléctrica, la enferma declaró ya que notaba más fuerza en la extremidad interesada, pudiendo sentarla mejor en el suelo y no necesitando apoyarse tanto en la muleta. Esta mejoría continuó acentuándose de una manera progresiva y lenta; a primeros de Enero podía dar ya algunos pasos sin muleta, con el sólo apoyo, más aparente que real, de una persona que la cogiera la mano. A mediados del mismo mes andaba ya sin muleta ni auxilio ajeno, y el día 23 fue dada de alta, sin que le quedara más vestigio de la parálisis que una ligera inclinación del cuerpo hacia la izquierda al adelantar la pierna de este lado durante la marcha, pero sin necesitar apoyo alguno.

Esta observación clínica puede citarse como ejemplo típico de hemiplejía histérica; pero ciertos datos anamnésticos, como los repetidos abortos, la afección ulcerosa de la boca y el cambio de carácter de los accesos convulsivos después de casada la enferma, obligaban a ser cauto en el diagnóstico, examinando detenidamente todos los detalles del síndrome y de su evolución, por si entre ellos se encontraba algún indicio de la existencia de una lesión orgánica del cerebro, sífilítica acaso; esta sospecha hubo de desecharse, pues todos los síntomas eran los propios de la hemiplejía histérica, y su curación por un medio sugestivo, demostró lo acertado de este diagnóstico.

Los antecedentes de la enferma, la curiosa serie de trastornos por ella sufridos en su juventud y los accesos convulsivos de que a intervalos irregulares se ha visto acometida, revelan ya que es una histérica consuetudinaria—constitucional, pudiera decirse—y estas consideraciones anamnésticas tienen valor suficiente para orientar desde el primer momento el diagnóstico. El examen del síndrome hemipléjico en sí, confirma la primera impresión deducida de los antecedentes personales de la enferma (*).

(*) *Revista Clínica de Madrid*, I, pág. 374, 1909.

V

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS HEMIPLEJIAS HISTÉRICA Y ORGÁNICA

En el número 10 de la *Revista Clínica de Madrid* (15 de Mayo de 1909) publiqué un caso de hemiplejia histérica, el cual, si por sus antecedentes pudo despertar sospechas de que fuera otra su naturaleza, por los signos que descubrió la exploración clínica demostró con toda evidencia su carácter puramente funcional, confirmado después plenamente por la evolución del proceso.

En dicha nota clínica pueden verse la aplicación y el valor práctico que tienen los numerosos signos diferenciales, modernamente propuestos, entre las hemiplejias histérica y orgánica; en el presente trabajo me propongo hacer un examen de conjunto de esos signos refiriéndome a la historia clínica anteriormente publicada, siempre que las necesidades del discurso lo requieran.

Comenzaré por el estudio particular de cada uno de los signos diferenciales, y terminaré formulando algunas reglas de carácter general que conviene tener presentes en todo caso de diagnóstico dudoso.

Todos los autores, tanto antiguos como modernos, señalan la frecuente presentación de la hemiplejia histérica después de un acceso convulsivo (*Babinski*, 3 (*) *Binswanger*, 9), y esto es lo ocurrido en el aludido caso clínico. Es opinión clásica la de que la parálisis afecta más a menudo a los miembros izquierdos, como ocurría en esa enferma; pero a este propósito debo hacer constar que *Jones* (18) ha dado a conocer recientemente una estadística de 277 casos publicados desde 1880, de la cual resulta que en contra de la proporción indicada por *Briquet*, la hemiplejia histérica radica a la derecha en el 54,2 por 100 de las observaciones, y a la izquierda en el 45,8 por 100. Un ejemplo de hemiplejia histérica derecha es el no ha mucho publicado por *Marinesco* (27).

En los casos típicos, según *Binswanger* (*loc. cit.*), la parálisis es flácida con hemianestesia cutánea y sensorial, y pérdida de la noción de posición de los miembros; los reflejos tendinosos se hallan en estado normal o están ligeramente exaltados, las reacciones eléctricas son normales y no hay amiotrofia, o si existe, es muy ligera y explicable por la inactividad. Otras veces existe contractura, pero las actitudes que adoptan los miembros suelen ser exageradas, distintas de las de la hemiplejia orgánica y susceptibles de ser reproducidas por sugestión (*Babinski*, *loc. cit.*).

La parte que toma la cara en la hemiplejia histérica ha sido asunto muy discutido, describiendo *Briquet* la parálisis facial, que fue negada por *Charcot*, para el cual no era más que aparente, simulada por la contractura del lado opuesto; pero hoy se admite la realidad de aquella parálisis, demostrada por varios casos, como el reciente de *Sachs* (25), por lo que las obras modernas, como las de *Binswanger* (*loc. cit.*) y de *Oppenheim* (24), reconocen que a veces la cara está paralizada en el mismo lado que los miembros, por más que lo más fre-

(*) Véase la bibliografía al final de este capítulo.

cuenta sea que a la parálisis de éstos se asocien fenómenos contracturales de la extremidad cefálica, como espasmos facial, hemiglosolabial, o asociados de la musculatura ocular, pseudoptosis espástica, etc.

Los histéricos muestran una cierta indiferencia hacia su parálisis (*Binswanger*), y aunque parecen ignorar hasta la existencia misma de los miembros paralizados y faltan en ellos los movimientos espontáneos ejecutan, en cambio, los automáticos, sin inconveniente y se aprecian fácilmente los provocados por afectos algo vivos; así, oprimen la mano que les sujeta cuando temen caerse; además, si se les eleva un miembro pasivamente y con brusquedad se retira el apoyo, aquél se sostiene en el aire un momento sin ceder a la acción de la gravedad. Cuando el sujeto cae al suelo, lo hace gradualmente, doblando sucesivamente los segmentos de los miembros inferiores.

Los histéricos afectos de hemiplejia andan arrastrando la pierna en pos de sí como una masa inerte, deslizando el pie sobre el suelo por la punta, por el dorso o lateralmente; si existe contractura en flexión muy acentuada, no llega el pie al suelo, y necesitan, para andar, el apoyo de una muleta, como ocurría en el caso que he historiado; *Neri* (20) dice que no hay una marcha típica histérica, análoga a la de las enfermedades orgánicas, porque estas compensan sus trastornos de un modo racional y constante, mientras que cada histérico anda a su manera, que es a menudo una manera extravagante y paradójica.

Al estado de la motilidad se refieren también varios importantes caracteres diferenciales, como los descritos por *Babinski* (*loc. cit.*) con los nombres de signos del cutáneo del cuello, que consiste en que éste se contrae con igual fuerza en ambos lados en los movimientos bilaterales, mientras que en la hemiplejia orgánica falta la contracción en el lado paralizado, y de la flexión combinada del muslo y del tronco, que consiste en que al incorporarse en el lecho un enfermo de hemiplejia por lesión material, el muslo del lado afecto se

dobra sobre el tronco, separándose el talón del plano de sustentación, lo que no ocurre en los histéricos. Como en éstos no existe hipotonicidad muscular, no se observa en ellos la flexión pasiva exagerada del antebrazo sobre el brazo (*Babinski*). Por la hipotonía se explica también el síntoma de la hemiplejía orgánica descrito por *Heilbronner* (15) con el nombre de signo de la pierna ancha, que consiste en la forma aplanada que toma el muslo, haciéndose su contorno oval con el diámetro mayor transversal.

Modernamente se han descrito también otros dos signos distintivos, relacionados con la motilidad, el de *Grasset-Bychowski* y el de la oposición complementaria de *Hoover*; el primero consiste en que en la hemiplejía orgánica es posible levantar la pierna paralizada sola, pero no las dos a un tiempo, ni tampoco sostener elevada la primera, cuando se levanta pasivamente la segunda; *Grasset* (13) explica este hecho, porque para elevar o mantener elevados los dos miembros inferiores simultáneamente, se necesita emplear más fuerza muscular en la contracción de los flexores del muslo sobre la pelvis, y en la estabilización del tronco como único punto de apoyo, que para elevar un solo miembro. *Bychowski* (8) interpreta de manera distinta el mismo fenómeno, atribuyéndolo a la suplencia del hemisferio cerebral lesionado por el sano; al levantar el miembro paralizado, sólo en él se invierte todo el influjo cerebral disponible, pero al elevar los dos, tiene que repartirse entre ambos, manifestándose su insuficiencia; pero *Grasset* refuta esta explicación, fundándose en que se observa dicho signo en individuos parapléjicos, y en algunos sanos, al ejecutar movimientos pasivos, y en que resulta contraria a la facilidad exagerada para los movimientos asociados que se observa en los hemipléjicos orgánicos. En el caso que motiva este artículo, faltaba este signo, cuya existencia en las hemiplejías orgánicas han confirmado *Noica* y *Cohen* (21), quienes admiten la explicación patogénica propuesta por *Grasset*.

El signo de la oposición complementaria, dado a cono-

cer por *Hoover* (16) y confirmado por *Zenner* (30) y por *Lhermitte* (19 bis), se funda en las variaciones de la participación de un miembro abdominal en el movimiento de elevación del otro; cuando un individuo sano en posición horizontal supina levanta una pierna, la otra participa en el movimiento como punto de apoyo, para lo cual el talón oprime el plano de sustentación; en los sujetos con hemiplejía orgánica, el talón del miembro sano se hunde en el lecho con fuerza cuando elevan el miembro paralizado, es decir, que la oposición complementaria es positiva; pero cuando levantan la pierna del lado sano, la del lado hemipléjico permanece inerte o deprime sólo muy ligeramente el plano del lecho, según el grado de fuerza que conserve, siendo la oposición complementaria negativa o muy débil.

En la hemiplejía histérica al contrario, la oposición complementaria falta en la pierna sana, cuando se ordena levantar la paralizada, y se observa con energía en ésta, cuando se eleva aquélla. En el caso presente, el signo de *Hoover* ofrecía estos últimos caracteres.

En el miembro superior se observan también fenómenos motores diferenciales entre las parálisis orgánicas y las histéricas, que debo mencionar, por referirse al tema de este artículo, siquiera no pudieran apreciarse en la enferma a que se refiere la historia clínica precedente, porque en ella habían desaparecido ya los trastornos de la extremidad torácica cuando fue explorada por mí.

Souques (26) ha descrito el que llama fenómeno de los interóseos, que consiste en la abducción de los dedos de la mano en el lado paralítico al tratar de elevar el brazo; es un movimiento asociado, análogo a la flexión combinada del muslo y de la pelvis, y al fenómeno tibial de *Strümpell* y ha sido confirmado por *Babinski* (4), quien añade que le ha observado también en los hemipléjicos cuando extienden los dedos, y aun en reposo.

El mismo *Babinski* (5) ha llamado la atención sobre la pronación persistente de la mano en el lado afecto de hemi-

plejia orgánica, volviendo a esta posición aun después de colocarla pasivamente en supinación.

El estado de los reflejos en la hemiplejia es tema de mucho estudio en la actualidad, siendo muy numerosos los trabajos a este asunto consagrados, sobre todo en lo relativo a reflejos cutáneos de la extremidad inferior; la materia es, sin duda, muy interesante, pero por no dilatar demasiado la extensión de este artículo, me limitaré únicamente a tratar de las particularidades que tengan interés desde el punto de vista del diagnóstico diferencial.

En la hemiplejia de causa orgánica, los reflejos tendinosos están exaltados en general, existiendo clonus verdadero del pie en los casos no muy recientes; sin embargo, algunas veces se han observado hemiplejias determinadas por lesiones muy superficiales de la corteza cerebral (como placas de meningitis y tumores de las membranas de envoltura del encéfalo), en la que no había modificación alguna de los reflejos tendinosos ni cutáneos (*Vincent 28*); yo he observado recientemente un caso de hemiplejia por embolia cerebral, sobrevenida hace cuatro años en un distinguido compañero, médico de partido, afecto de estrechez mitral, en el cual los reflejos tendinosos y cutáneos habían vuelto al estado normal, habiendo también recuperado la fuerza de los miembros, en los que no se observaba contractura alguna, pero persistiendo la incapacidad de ejecutar con ellos movimientos intencionales, indudablemente por déficit piscomotor, para corregir el cual se aconsejó la reeducación motora; pero salvo estas raras excepciones, en la hemiplejia por lesión cerebral, se encuentra como indican *Noica* y *Marbe* (22) una disociación entre los reflejos tendinosos y los cutáneos, estando los primeros exagerados y los segundos disminuídos, con signos de *Babinski* y de *Oppenheim* (flexión dorsal del dedo gordo del pie por estimulación de la planta o mejor del borde externo del mismo y de la cara anterointerna de la pierna, respectivamente).

En la hemiplejia histérica se conducen los reflejos tendi-

nosos de modo distinto. *Babinski* (22-29) niega que el histerismo produzca en ellos modificación legítima alguna, puesto que tampoco pueden ser alterados por la sugestión, y la propiedad de poder ser reproducidos por este procedimiento es el carácter fundamental distintivo de los fenómenos histéricos, según este autor, el cual agrega que las pretendidas perturbaciones de los reflejos tendinosos en los histéricos son debidas a la intervención de la voluntad.

La mayoría de los neurólogos, sin embargo, reconocen que estos reflejos están algunas veces modificados en el histerismo; *Binswanger* dice que están normales o ligeramente exaltados; *Oppenheim* considera la normalidad como la regla, siendo la exaltación, cuando existe, más aparente que real, y debida a la adición, a la sacudida verdaderamente refleja de otras voluntarias que la siguen. *Crocq* (10) ha publicado una estadística sobre la condición de los reflejos tendinosos y cutáneos en el histerismo, en la que figuran las siguientes cifras: exageración de los reflejos tendinosos, en el 79 por 100 de los casos; fenómeno plantar combinado (entendiendo por tal la falta del reflejo de flexión plantar y del de la fascia lata), 59 por 100; reflejo plantar (*) exaltado, 50 por 100; reflejo abdominal ausente, 24 por 100; débil, 14 por 100; clonus rotuliano, 5 por 100; signo de *Babinski*, nunca. Se conocen varios casos de abolición de los reflejos tendinosos en la hemiplejia histérica, como los dos publicados por *Nonne* (23), en los que existía hipotonía muscular y tenían los sujetos antecedentes familiares alcohólicos; el autor no cree que esta desaparición de los reflejos tendinosos pueda explicarse por la anestesia, pues en una histérica produjo hipnóticamente una analgesia total con abolición del reflejo plantar, pero no del rotuliano; casos de ausencia temporal de los reflejos tendinosos en individuos considerados como histéricos han sido dados también a conocer por *Wigand* (29) y por *Köster* (19).

(*) Medular o profundo.

Yo no he visto ningún histérico con abolición de estos reflejos; pero sí he observado muy a menudo, cual ocurría en el caso clínico aludido, y como en los individuos nerviosos en general, su exaltación, que en el examen clínico corriente apenas si se distingue de la producida por las lesiones de la vida piramidal.

Jacobsohn (17 bis) ha descrito el reflejo de flexión de los dedos de la mano, al que atribuye en el miembro superior el mismo valor que tiene el signo de *Babinski* en el inferior para el diagnóstico diferencial de las hemiplejias orgánicas y funcionales; consiste en un movimiento de flexión de los dedos que se produce por la percusión de la cara dorsal de la extremidad inferior del radio cuando previamente se ha colocado la mano en posición intermedia entre la pronación y la supinación y con los dedos ligeramente extendidos.

El clonus del pie se produce algunas veces en los histéricos, pero con caracteres muy distintos de los que ofrece en las parálisis espásticas orgánicas; en éstas es regular, rítmico, uniforme y prolongado, y en el histerismo, caso de que exista, se reduce a algunas sacudidas irregulares que cesan pronto.

El examen de los reflejos cutáneos proporciona importantes rasgos diferenciales; en el histerismo se hallan éstos en estado normal o están debilitados y aun abolidos cuando existen trastornos sensitivos; en la hemiplejia orgánica experimentan importantes modificaciones, aunque falten o sean sólo muy ligeras las alteraciones de la sensibilidad consciente. *Curchsmann* (11) señala la frecuente falta de los reflejos mucosos de ojo, boca y nariz en el lado afecto de hemiplejia histérica con hemianestesia, estando los cutáneos del tronco y miembros abolidos en la mitad de los casos. Algunas veces se observa, por el contrario, exageración de estos reflejos (*Crocq*, 10).

El signo de *Babinski*, al que ya he hecho referencia anteriormente, constituye un valioso indicio de parálisis orgánica, habiendo unanimidad de criterio entre los autores al juzgar

su extraordinaria importancia diagnóstica, pues los pretendidos casos de parálisis histérica en los que se dice haberle observado, como los dos de *Tumkowski* (cit. por *Binswanger, loc cit.*, pág. 618), y el de *Van Gehuchten* (12), no sólo son escasísimos, sino que son muy discutibles; el último citado, sobre todo, es de diagnóstico dudoso y oscuro, siendo posible que se tratara de una esclerosis en placas incipiente.

El reflejo faríngeo se encuentra a menudo abolido o debilitado en los histéricos, habiéndose considerado su falta como un estigma de esta neurosis; pero el valor de este síntoma, según *Guerra-Coppioli* (14), es muy relativo, pues no es constante en todos los casos, y además se observa en otras neuropatías funcionales y orgánicas, y aun en individuos sanos.

La amiotrofia, según he indicado antes, es excepcional en las parálisis histéricas, faltando por completo o siendo muy ligera y explicable por la falta de uso de los miembros; sin embargo, *Babinski* (2) ha publicado un caso en el que sobrevino rápidamente una atrofia muscular considerable. En las parálisis por lesión cerebral, no es tampoco la atrofia de los músculos ni precoz ni pronunciada; de suerte que este síntoma no tiene valor para distinguir a las parálisis por alteración de la vía piramidal de las histéricas; tiene, en cambio, importancia para diferenciar a estas últimas de las debidas a lesiones de los nervios y de las astas anteriores de la medula.

En el órgano de la visión se encuentran interesantes signos diferenciales; si a la hemiplejia se asocian hemianopsia, rigidez pupilar, oftalmoplejia interna o alteraciones del fondo del ojo, debe rechazarse el diagnóstico de histerismo; propios de éste son los llamados estigmas oculares, que tienen valor práctico, aunque su génesis sea en la actualidad muy discutida, figurando entre ellos el estrechamiento del campo visual, la micromegalopsia, la diplopia y poliopia, etc., todo ello revistiendo el carácter de proceso psíquico, susceptible de ser influido por la voluntad.

De la exposición precedente se deduce que conocemos en la actualidad caracteres diferenciales suficientes para hacer la distinción de las hemiplejias histérica y orgánica; pero, para no incurrir en errores de difícil disculpa, dada la gran copia de datos que hoy poseemos, es preciso examinar detenidamente cada caso, no contentándonos con juicios superficiales de primera intención, pues no hay que olvidar nunca la posible coincidencia de un proceso histérico con otro orgánico en el mismo sujeto, y la presentación de una hemiplejia por lesión material con las apariencias de las histéricas; ejemplo de lo primero, tenemos en la observación reciente de *Hudovernig* (17), y de lo segundo, en el caso de hemiplejia pseudohistérica, publicado por *Adamkiewicz* (1), aunque respecto de esta última debo declarar sinceramente que no me han llegado a convencer los razonamientos del autor.

Aun en los casos complejos será posible deslindar lo perteneciente al histerismo de lo debido a lesiones materiales conocidas, si se analizan todos los detalles de la observación, fijándose especialmente en las particularidades de los síntomas que constituyen fundamentalmente el síndrome, como los caracteres de la parálisis, la manera de ejecutar los movimientos voluntarios y automáticos, el estado de los reflejos tendinosos y cutáneos, los signos especiales derivados de éstos y de los movimientos asociados, las alteraciones de la sensibilidad. El examen de conjunto del enfermo y la investigación de sus antecedentes podrán demostrarnos que es un histérico; pero como también los histéricos pueden padecer neuropatías orgánicas, la índole funcional del síndrome sólo podrá ser plenamente demostrada por el estudio individual de los síntomas que le integran. Por eso, en el caso que he historiado, me creí obligado a discutir ampliamente el diagnóstico antes de formar un juicio definitivo (*).

(*) *Revista Clínica de Madrid*, I, pág. 464, 1909.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—ADAMKIEWICZ: *Neurol. Centralblatt*, núm. 3, pág. 98, 1908.
- 2.—BABINSKI: *Progrés medic.* 1891.
- 3.—BABINSKI: *Gaz. des Hôp.*, 5 y 8 Mayo 1900.
- 4.—BABINSKI: *Rev. neurol.*, núm. 14, pág. 764, 1907.
- 5.—BABINSKI: *Rev. neurol.*, núm. 14, pág. 755, 1907.
- 5.—BABINSKI: *Rev. neurol.*, núm. 14, pág. 755, 1907.
- 6.—BABINSKI: *Rev. neurol.*, núm. 8, pág. 393, 1908.
- 7.—BABINSKI: *Semaine medic.*, núm. 1, Enero 1909.
- 8.—BYCHOWSKI: *Neurol. Centralblatt*, núm. 4, pág. 154, 1907.
- 9.—BINSWANGER: *Die Hysterie*, Viena, 1904.
- 10.—CROCQ: *Rev. Neurol.*, núm. 21, pág. 1.069, 1904.
- 11.—CURSCHMANN: *Die Therap. der Gegenwart*, pág. 440, Octubre, 1906.
- 12.—GEHUCHTEN (VAN): *Le Nevraxe*, vol. VIII, fasc. 2 y 3, pág. 302, 1907.
- 13.—GRASSET: *Rev. Neurol.*, núm. 6, pág. 253, 1907.
- 14.—GUERRA-COPPIOLI: *Riforma med.* XXIII, núm 20, 1907.
- 15.—HEILBRONNER: *Deutsch. Ztschr. f. Nervenhe.*, B. 28, pág. 1-31, 1904.
- 16.—HOOVER: *Journal of Amer. Medic. Assoc.* 29 Agosto, 1908.
- 17.—HUDOVERNIG: *Neurol. Centralblatt*, núm. 7, pág. 390, 1909.
- 17 (bis).—JACOBSON: *Deutsch. med. Woch.*, núm. 46, 1908.
- 18.—JONES: *Rev. Neurol.*, núm. 5, pág. 193, 1908.
- 19.—KÖSTER: *Deutsch. Arch. f. klin. Mediz.*, B. 90, H. 3 y 4, pág. 255, 1907.
- 19 (bis).—LHERMITTE: *Sem. medic.*, núm. 48, 1908.
- 20.—NERI: *Rev. Neurol.*, núm. 6, pág. 278, 1908.
- 21.—NOICA y COHEN: *Journal de Neurol.*, núm. 12, 1907.
- 22.—NOICA y MARBE: *Rev. Neurol.*, núm. 2, pág. 93, 1907.
- 23.—NONNE: *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhe.*, B. 25, pág. 487, 1904.
- 24.—OPPENHEIM: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 5.^a edic., t. II, Berlín, 1908.
- 25.—SACHS: *Arch. f. Psych.*, B. 42, H. 3, pág. 900, 1907.
- 26.—SOUQUES: *Bull. et Mem. Soc. medic. des Hôp de Paris*, pág. 1.080, 4 Julio, 1907.
- 27.—VERNESCO: *Spitalul*, pág. 142, 1906.
- 28.—VINCENT: *Rev. Neurol.*, núm. 9, pág. 449, 1908.
- 29.—WIGAND: *Neurol. Centralblatt*, núm. 7, pág. 293, 1907.
- 30.—ZENNER: *Fourn. of. the Amer. med. Assoc.*, 17 Octubre, 1908.

VI

UN CASO DE PARAPLEJIA HISTÉRICA

Son los fenómenos histéricos manantial inagotable de enseñanza clínica, pues obligan a afinar incesantemente la observación y el análisis de todos sus caracteres con la mayor minuciosidad factible para evitar la siempre posible confusión con los trastornos orgánicos que imitan a veces con sorprendente exactitud; esta confusión de lo puramente funcional con lo debido a lesiones materiales engendra errores en el diagnóstico de los que derivan otros en el pronóstico y en el tratamiento que, además de causar serios perjuicios al enfermo, comprometen gravemente la reputación del médico que tiene la desgracia de incurrir en ellos.

Esta extraordinaria importancia práctica del diagnóstico diferencial de los trastornos histéricos obliga a insistir en los caracteres distintivos de los mismos, siempre que se ofrezca ocasión para ello, y a publicar todos los casos que puedan contribuir como ejemplos demostrativos a la dilucidación de tan interesante problema.

Asunto es este que rebasa los límites de la especialidad neuropatológica y que debe ser bien conocido por todo médico que ejerza su profesión, pues con mucha frecuencia se encuentran en la práctica casos en apariencia dudosos, al juzgar los cuales es necesario evitar un doble escollo: el de ca-

lificar de orgánico lo que es meramente funcional, formulando un pronóstico falso y prescribiendo un tratamiento no sólo inoportuno, sino también perjudicial y hasta peligroso para el enfermo, e inversamente el de considerar como histérico lo que es producto de una alteración material, negando, por tanto, importancia a lo que la tiene, dejándose sorprender por acontecimientos desagradables y privando al enfermo de los beneficios de un tratamiento con el que, aplicado en tiempo oportuno, hubiera podido lograrse la curación.

Véase, pues, si tienen importancia todas las cuestiones relacionadas con el diagnóstico diferencial de los trastornos histéricos, y si está justificada la publicación de casos como el que motiva este artículo; téngase además presente que la importancia dicha no es sólo clínica, sino también médico-legal, pues con frecuencia precisa distinguir lo histérico de lo lesional en las consecuencias de los traumatismos, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, etc.

Fruto del arduo estudio que numerosos y competentes observadores han hecho de los fenómenos histéricos, es la adquisición de suficientes datos seguros para poder resolver el problema diagnóstico; en la inmensa mayoría de los casos, con sólo rarísimas excepciones, en las cuales casi siempre se trata de asociaciones histero-orgánicas, se conocen ya síntomas bastantes para poder afirmar en cada caso, no sólo que un sujeto es histérico, sino, y esto es lo que importa, que los síntomas que presenta son histéricos también, pues no debe olvidarse que un individuo puede ser histérico y presentar además trastornos debidos a lesiones orgánicas, es decir, que hay que hacer el diagnóstico de la naturaleza del síntoma intrínsecamente considerado, no bastando con la apreciación del carácter general del sujeto.

La brevedad de este artículo me impide entrar en la exposición detallada de los caracteres que distinguen a los fenómenos histéricos de sus similares orgánicos, remitiendo al lector que por estos asuntos se interese a los trabajos fundamentales de Babinski (*Progres Medical*, 1891; *Gazette des*

Hôpitaux, 5 y 8 de Mayo 1900; *Revue Neurologique*, número 14, 1907, y número 8 del 1908), Binswanger (*Die Hysterie*, Viena, 1904). Curschmann (*Die Therapie der Gegenwart*, Octubre, 1906), Grasset (*Revue Neurologique*, número 6, 1907), Lhermitte (*Semaine Medicale*, número 48 del año 1908), así como a algunas anteriores publicaciones mías relativas al mismo tema (*Fernández Sanz* «Diagnóstico diferencial de las hemiplejias histérica y orgánica». *Revista Clínica de Madrid*, números 10 y 12, 1909. «Hemiplejia histero-traumática». *Revista Clínica de Madrid*, número 24, 1909. «Corea histérico y Psicosis aguda mortal», *España Médica*, número 49, 1912. «Pseudoesclerosis en placas e histerismo». *El Siglo Médico*, número 3.061, 1912).

Aquí me limitaré a referir un caso clínico, no ciertamente dudoso en su diagnóstico, pues todas sus peculiaridades revelan claramente la naturaleza histérica del mismo, pero interesante por pertenecer a una forma de parálisis histérica poco frecuente, desde luego más rara que la hemiplejia; además, dadas las condiciones del sujeto, la intensidad y persistencia de los síntomas y la tendencia hoy dominante en el tratamiento de la paraplejia espasmódica, a la intervención quirúrgica en la forma de radicotomía posterior, es muy de temer que un error en el diagnóstico hubiera puesto al enfermo en peligro de sufrir la operación de Foerster o alguna de sus similares menos graves, pero también arriesgadas, para intentar una curación que se ha obtenido con un sencillo tratamiento eléctrico discretamente aplicado.

* * *

S. C., de veintiún años, natural de un pueblo de la provincia de Cáceres, soltero, electricista, refiere que su madre padece ataques convulsivos, al parecer histéricos; un próximo pariente suyo murió a los veinticuatro años con parálisis de ambas piernas después de un año de padecimiento; este

antecedente tiene extraordinaria importancia para explicarse la génesis de la paraplejia en el sujeto de la presente historia clínica. No ha padecido ninguna enfermedad de importancia; a la edad de diez años, la impresión que le causó ver a un hermano suyo muerto determinó la aparición de intensos dolores precordiales que persistieron durante dos años (es de advertir que su madre padece también dolores en la región precordial). Dice que siempre ha sido de temperamento nervioso, exageradamente impresionable y emotivo, pero despegado intelectualmente, y ha recibido una instrucción bastante extensa, habida cuenta de su posición social. Niega haber sufrido infecciones venéreas y haber cometido abusos alcohólicos.

Enfermedad actual.—Comenzó el 12 de Mayo de 1912, atribuyéndola al frío que experimentó mientras le estaban reconociendo para ser declarado soldado, desnudo desde la cintura hacia arriba; instantáneamente notó dolor intenso en el costado que fue en aumento, dificultando la respiración y obligándole a guardar cama durante nueve días, pero sin fiebre ni expectoración; el dolor del costado se propagó al brazo derecho, estando durante dieciséis días imposibilitado de mover este miembro; a los cuatro días de levantarse de la cama quedó inmóvil de las piernas (persistiendo la parálisis del brazo derecho que se había presentado durante su permanencia en el lecho); a los ocho días comenzó de improviso a andar; pero a las cuatro semanas se le paralizaron nuevamente los miembros inferiores, experimentando al propio tiempo dolores en el espinazo que posteriormente se han atenuado algo, pero sin desaparecer por completo. Ha continuado también imposibilitado de andar, necesitando apoyarse en dos muletas. Se presentó a consultar conmigo el 2 de Noviembre de 1912, y el mismo día aconsejé su ingreso en la clínica del ilustrado catedrático Sr. Simonena.

Estado actual.—Excelente estado de nutrición; es un individuo de elevada estatura, enjuto, pero bien constituido; el rostro expresa una gran viveza de los procesos mentales; se

expresa con abundancia, fluidez y claridad; la marcha sólo es posible con dos muletas, avanzando con ellas muy rápidamente en forma pendular; sin las muletas no puede dar un solo paso ni tampoco permanecer en pie; estando sentado o echado puede hacer todo género de movimientos con los miembros inferiores, aunque torpemente y acompañándose de temblor; pero cuando se le manda levantarse se queda encogido, con las piernas flexionadas y el tronco inclinado hacia delante, agitado por sacudidas en el plano vertical, sin poder andar ni ponerse derecho mientras no se apoya en las muletas. No existe amiotrofia en ningún grupo muscular. Los reflejos plantares son muy vivos, haciéndose en flexión plantar; hiperestesia cutánea en los miembros inferiores y dolores espontáneos en la región lumbar. Zonas hiperalgésicas en el vertex cefálico y en las regiones precordial e inguinales.

Temblor vibrátil de los párpados; reflejo conjuntival abolido, el corneal persiste, pero debilitado.

Se le prescribió la tintura de valeriana a la dosis diaria de 30 gotas y las aplicaciones generales de electricidad estática tres veces por semana; a la tercera aplicación comenzó a notar una disminución del obstáculo que le impedía andar, siéndole posible dar algunos pasos, muy cortos, con el cuerpo encogido, sin muletas; esta mejoría fuese sucesivamente acentuando; a la séptima aplicación eléctrico-estática ya podía mantenerse en pie y andar con relativa soltura sin muletas, y últimamente la progresión fue haciéndose cada vez más fácil y más normal.

* * *

El diagnóstico del padecimiento de este enfermo no exige, por lo sencillo, grandes disquisiciones críticas; el hecho de que la paraplejia sólo se manifestara al andar o estar de pie, no existiendo rastro de parálisis en los movimientos que con los miembros inferiores hacía estando sentado o echado,

claramente revela el carácter netamente funcional del trastorno motor, y este juicio resulta confirmado por la ausencia de amiotrofia y por el régimen normal de los reflejos, tanto tendinosos como cutáneos, salvo la exageración de los reflejos plantares, explicable por el estado de hiperestesia cutánea en las extremidades abdominales.

Otros argumentos de gran valor en pro del diagnóstico de paraplejia histérica son el origen del proceso a raíz de un acontecimiento que ejerció poderosa influencia en la mente del sujeto, haciéndole creer que había sufrido un grave enfriamiento cuya primera consecuencia fue el intenso dolor torácico que durante nueve días le atormentó, indudablemente relacionado con la representación mental de una pulmonía imaginaria. Como la fuerza de los hechos le obligó a desechar esta hipótesis, el proceso de autosugestión tomó otros rumbos, y corriéndose el dolor del costado hacia el brazo del mismo lado, sobrevino la parálisis de este miembro; ya declarados los trastornos de impotencia motora debió intervenir el recuerdo de la paraplejia, terminada por la muerte, que había padecido su pariente, y el enfermo la copió a su manera, quedando imposibilitado de andar y de tenerse en pie, con el acompañamiento de los dolores del espinazo.

Corroboran el diagnóstico los antecedentes del enfermo, su herencia materna, pues su madre es una histérica con multiplicidad de manifestaciones, la existencia de estigmas histéricos en el sujeto mismo, y sobre todo su carácter, que en todas sus particularidades deja entrever la huella del histerismo, siendo especialmente curiosa su tendencia a imitar los fenómenos patológicos que en torno suyo acaecen; así vemos que siendo todavía niño y figurando como causa ocasional la emoción que le produjo la muerte de uno de sus hermanos, copió los dolores precordiales que padecía su madre, y estuvo sufriendolos durante dos años; en la ocasión presente ha imitado también con toda la exactitud que le ha sido posible la paraplejia de un pariente, y es de suponer que en lo sucesivo continuará utilizando la plasticidad represen-

tativa de su mentalidad histérica para crear nuevos trastornos autosuggestivos cuando su exagerada emotividad sea excitada por cualquier impresión demasiado viva.

Finalmente, si alguna duda pudiera quedar acerca de la naturaleza histérica de la paraplejia que presentó este sujeto, lo que me parece inverosímil, dada la claridad de los síntomas y de los antecedentes, la disiparía por completo el mecanismo de la curación obtenida sencillamente con aplicaciones de electricidad estática y con exhortaciones persuasivas (*).

(*) *España Médica*, núm. 69, pág. 5, 1912.

VII

UN CASO DE ASTASIA-ABASIA PERIÓDICA

El interesante fenómeno designado por Blocq (4)* con el nombre de astasia-abasia, estudiado clínicamente como manifestación histérica y distribuido en variedades sintomáticas por Charcot, ha venido describiéndose incorporado al histerismo, a pesar de que ya en 1890 Binswanger demostró que no es peculiar de esta neurosis, sino que se observa también en los estados neurasténicos e hipocondríacos.

En la actualidad, el modo de pensar de Charcot ha perdido mucho terreno, y los tratadistas modernos, como el citado Binswanger (3) y Oppenheim (14), consideran a la astasia-abasia como un síndrome no ligado a una entidad morbosa determinada, sino de presentación posible en varias de ellas, no ya sólo en las pertenecientes al grupo de las neurosis, sino también en algunas neuropatías orgánicas; esta circunstancia obliga a minuciosas investigaciones diagnósticas, para determinar la naturaleza del proceso que da lugar a la astasia-abasia, constituyendo esta complejidad patogénica así como el múltiple mecanismo fisio-patológico del síndro-

(*) Véase la bibliografía al final de este capítulo.

me, y los detalles del tratamiento, los puntos de vista que preferentemente se discuten en la actualidad al tratar de la astasia-abasia. De ellos me ocuparé, siquiera sea muy someramente, después de exponer la historia clínica que motiva este artículo.

* * *

N. P., de doce años, natural de un pueblo de la provincia de Guadalajara, pertenece a una familia en la que no se encuentran antecedentes neuropáticos.

La niña nació de término, habiendo sido el embarazo y el parto normales. La lactancia materna duró veinte meses, y la evolución dentaria se hizo sin inconveniente alguno. Empezó a andar un poco tarde, a los dieciocho meses, y a hablar algo antes. El desarrollo físico se ha efectuado normalmente, aunque en proporciones escasas, pues es de estatura inferior a la común en su edad. El desarrollo psíquico, en cambio, ha sido rápido, y puede considerarse superior a lo normal, dados el ambiente en que vive, su condición social y los medios educativos rudimentarios que la han sido aplicados.

No ha tenido más enfermedad que el sarampión en 1907, siendo de advertir que, no obstante haber sido moderados los fenómenos eruptivos y del aparato respiratorio, tuvo fiebre alta, acompañada de delirio de palabra y de acción, durante cinco o seis días, con intensa cefalalgia, faltando otros síntomas meningíticos, como vómitos, convulsiones, contracturas, etcétera. Curó del sarampión, sin que quedara ninguna reliquia aparente, y en Junio de 1908 comenzó a manifestarse la

Enfermedad actual.—Los primeros síntomas consistieron en sensación de dificultad para tragar, pareciéndola que se la formaba un nudo apretado en la garganta. Poco después empezó a sentir dolores intermitentes y errantes en las mandíbulas, como pinchazos, que se propagaban a los oídos, acom-

pañándose de disminución de la agudeza auditiva; pero esta hipoacusia fue pasajera, persistiendo los dolores de oídos que se extendían hasta el occipucio, haciéndose tan fuertes, que tenía que sujetarse la cabeza con las manos, pues, según decía, le parecía «que se le saltaban los ojos». Estos accesos dolorosos, que no iban acompañados de vómitos, ni de vértigos, ni de ruidos de oídos, eran diarios, presentándose algunos días dos veces y durando de un cuarto de hora a media hora. Durante el acceso se ponía rígida, con los brazos contracturados, y lloraba. Estas crisis dolorosas persistieron hasta Noviembre, en cuya época fueron substituídas por mareos que sobrevenían todos los días a la misma hora, al caer de la tarde: comenzaban con dolor de cabeza en la región occipital, a la que seguía sensación de vértigo, pareciéndola que daban vueltas los objetos (siempre hacia la derecha, en el mismo sentido que las manecillas de un reloj); le era imposible andar mientras duraba la crisis, porque se caía hacia los lados, ni tenerse en pie, pues experimentaba oscilaciones tan bruscas, que acababan por derribarla al suelo, aunque nunca se causó grave daño en las caídas. Tenía durante los mareos la cabeza dirigida hacia atrás y los brazos extendidos, rígidos y sacudidos por una tremulación continua. No perdía el conocimiento, pudiendo darse cuenta de lo que en torno suyo ocurría. Esas crisis vertiginosas y contracturales duraban un cuarto de hora, persistiendo después la cefalalgia y los mareos tan pronto como se ponía en pie o intentaba andar, y no cesando por completo sino cuando, una vez acostada, conciliaba el sueño. Se despertaba a la mañana siguiente en estado normal, reproduciéndose a la misma hora los fenómenos expuestos. Estos accesos continuaron sin experimentar modificación alguna en sus caracteres, y tal era la situación de la enfermita cuando se presentó en la Consulta de Neuropatología del Hospital de la Princesa (Jefe, el Dr. Ezquerro) el 13 de Enero de 1909.

Estado actual.—Desarrollo físico inferior al correspondiente a su edad, pues es baja y desmedrada, representando,

a lo sumo, ocho años. Es de inteligencia viva y despierta, pero da una impresión de amaneramiento y afectación, pues habla con cierto énfasis, acompañando sus palabras de buen golpe de mohines y gestos con la boca y los ojos.

Normalidad en todos los aparatos espláncnicos, si bien el apetito es escaso y sufre flatulencia después de comer; algunas veces experimenta al tragar una dificultad como la producida por un nudo que se formara en la garganta.

Fuera de las crisis descritas, no hay alteración alguna en las funciones nerviosas. Explorado el órgano del oído por el competente otólogo Dr. Rueda, no halló en él nada de particular. El distinguido oculista Dr. Márquez, practicó un detenido examen oftalmológico con el siguiente resultado: visión en el ojo derecho, normal; en el ojo izquierdo, miopía y mala repartición congénita del pigmento del fondo; sólo ve los dedos a cuatro metros, pero se corrige bastante bien con una lente de siete dioptrías; visión en este ojo igual a medio; el campo visual está estrechado, singularmente por arriba y por abajo, teniendo forma cuadrangular. Las pupilas reaccionan normalmente a la luz y a la acomodación.

Estigmas histéricos: dolor a la presión en el vertex cefálico, y también, pero menos intenso, en la región occipital. Abolición del reflejo faríngeo.

Reflejos: un poco exaltados los rotulianos; los de Aquiles y plantares, normales. Durante las crisis vertiginosas aumenta la exaltación de los reflejos rotulianos.

Tono afectivo irritable: regaña frecuentemente con sus hermanos por los más fútiles motivos; es poco amable y tiene marcada tendencia a mentir.

Accesos: aprovechando la circunstancia de que ocurrieran todos los días a las siete de la tarde, hora en que celebra sesión la Academia Médico-Quirúrgica, presenté a la enferma ante esta docta Corporación. Minutos antes de la hora indicada, penetró en el salón en estado normal; pero al ser las siete, y sin que viera ni oyera ningún reloj, empezó a quejarse de dolor de cabeza hacia la región occipital; su rostro tomó

una expresión de sufrimiento y sus ademanes revelaban inquietud. A los pocos instantes perdió la facultad de mantenerse en equilibrio estando de pie, oscilando tan bruscamente, que hubo que sujetarla para que no cayera al suelo. A partir de ese momento, le fue imposible ni estar en pie, ni andar, y cuando le invitaba a esto llevándola del brazo, se le doblaban las piernas, y a la vez se desviaba tan violentamente hacia los lados, que parecía una exagerada caricatura de la marcha cerebelosa. Todos estos trastornos del equilibrio desaparecían cuando se sentaba, pudiendo permanecer correctamente erguida, sin apoyarse en el respaldo de la silla; también le era posible estar de rodillas. La enfermita decía que durante estas crisis, le parecía que los objetos daban vueltas siempre en el mismo sentido, de izquierda a derecha. Los accesos duraban hasta que se acostaba, durmiéndose tranquilamente.

Una de las noches siguientes, hallándose la niña en casa del distinguido médico de la Beneficiencia municipal, Dr. Palancar, atrasó éste el reloj de modo que marcase las siete, cuando realmente eran las siete y media, y hasta esta hora no le dió el acceso. En las dos noches siguientes le repitió también a la misma hora, y a la tercera, la ordené venir a mi casa a esa hora; pero esta vez faltó el ataque. Debo advertir que la niña había sido sometida ya los días anteriores a una psicoterapia persuasiva y elemental, adecuada a la sencillez de su mente infantil y rústica. A los pocos días regresó a su pueblo y no he vuelto a tener noticias de ella.

* * *

El diagnóstico del síndrome presentado por esta enfermita, dedúcese de la descripción del mismo; la imposibilidad de andar y de tenerse en pie, conservándose íntegros todos los restantes movimientos, constituye la característica de la atasia-abasia; ésta era de forma atáxica, porque lo que impe-

día la progresión y la bipedestación, era la incoordinación de los movimientos y la falta de regulación de las actitudes, y como además no era este trastorno constante, sino intermitente, debe calificarse de accesimal, como en el caso publicado por Ladame (*cit.* por Binswanger, *loc. cit.*).

En cuanto a la naturaleza de la astasia-abasia, en el caso presente debe calificarse de histérica, teniendo en cuenta el carácter de la paciente, la manera de presentarse el trastorno, los fenómenos asociados y el procedimiento curativo. Realmente es la astasia-abasia en la mayoría de las ocasiones de índole histérica, siendo en especial frecuente en el histerismo infantil, como está demostrado por las publicaciones de Bruns (5), Bauer (2), Curschmann (7), Alessi (1), Saenger (16), etc.; pero no debemos olvidar que no es este síndrome privativo del histerismo, sino que, como dije al principio, se observa también, no sólo en otras neurosis, como la neurastenia, la psicastenia y la hipocondría, sino también en algunas afecciones orgánicas, lo que obliga a esclarecer su patogenia por ser su pronóstico muy distinto en uno y otro caso. La astasia-abasia de causa orgánica se observa, generalmente, en individuos con lesiones seniles y arterio-esclerosas de los centros nerviosos, cual ocurría en las observaciones de Fuchs (8), una de las de Trömer (19) y cuatro de Taylor (18), señalando también Nonne (13) su relativa frecuencia en los viejos y enfermos de arterio-esclerosis; Buck (6) ha publicado un caso en el que se presentó temporalmente asociada a una esclerosis en placas incipiente, y Wimmer (20), otro en el que se combinó con una parálisis facial periférica.

La etiología y la patogenia de la astasia-abasia, tal como ésta se comprende en la actualidad, son bastante complejas; como causas, en la de naturaleza neurósica se citan las emociones (Sandro, 17) y los traumatismos, siendo muy frecuentes los casos en que se presenta a continuación de una crisis convulsiva histérica; en la de base orgánica, las causas son las de las lesiones que la motivan. La funcional es más frecuente en individuos jóvenes y en mujeres.

En el mecanismo patogénico de la astasia-abasia intervienen diversos factores, aislados o asociados, según los casos, pudiendo dividirse estos factores en psíquicos y físicos. Entre los primeros figuran la pérdida de las representaciones mentales de los movimientos de la progresión y las de la actitud en la bipedestación, la inhibición de estos mismos complejos motores, las obsesiones con tono afectivo angustioso concomitante, y las fobias constituídas por el temor de caerse al suelo o de hacer movimientos que produzcan dolor (en relación, bajo este concepto, con la *akinesia algera* de Moebius); entre los segundos se cuentan los fenómenos irritativos corticales e infracorticales, que se traducen en espasmos, contracturas, temblor y ataxia.

Lo general es que coexistan los factores psíquicos con los de la segunda categoría, que por contraposición a los primeros, pueden llamarse mecánicos o físicos, pero siempre son aquéllos, al menos en la astasia-abasia funcional, los esenciales, siendo ellos los que condicionan a los últimos. Muchas veces es este síndrome debido a la representación obsesionante de la impotencia para andar, ofreciendo en su patogenia analogía con la agorafobia, por lo que Oppenheim (*loc. cit.*) la ha asignado el nombre de *basostasofobia*, y según el mismo autor, en otras ocasiones está el acto automático de la progresión imposibilitado por la hipertensión misma de la atención y de la auto-observación que se concentran en él, perturbando su mecanismo subconsciente; ejemplo de este origen fóbico de la astasia-abasia es la observación de Parhon y Nadejé (15).

Si en estos casos la astasia-abasia tiene la categoría de un fenómeno puramente psíquico, en otros, por el contrario, parecen predominar las perturbaciones orgánicas, como ocurre en aquéllos en que se asocia, ya simultánea, ya sucesivamente, con trastornos motores de los miembros inferiores, sirviendo de transición a la llamada pseudo-paresia espástica, o apareciendo en el período de regresión de las parálisis espasmódicas histéricas (Binswanger, *loc. cit.*). En cuanto a

la astasia-abasia orgánica, es de notar su analogía en ciertos casos con algunas formas de cojera intermitente.

Desde el punto de vista sintomatológico, sólo he de señalar dos particularidades de interés: la una, su posible asociación con otro trastorno similar, la *akatisia* o imposibilidad de guardar el equilibrio en la posición sentada, cual ocurría en la observación de Hess (10); la otra, la abolición de los reflejos rotulianos durante las crisis de astasia-abasia observada en un caso de Köster (11), lo que contrasta con la exaltación de los mismos apreciada en mi enferma en el momento del acceso.

El pronóstico de la astasia-abasia varía según sea orgánica o funcional, siendo generalmente grave en el primer caso y leve en el segundo, aunque deban hacerse reservas respecto de la duración del trastorno.

El tratamiento, en los casos de origen orgánico, irá encaminado a combatir las lesiones correspondientes, degeneración senil, arterio-esclerosis, etc.

En la astasia-abasia funcional están indicadas la psicoterapia, la gimnasia metódica y la reeducación de los movimientos. Hammer (9) ha publicado cinco casos de astasia-abasia histérica, curados por el aislamiento, con sobrealimentación y reeducación motora, empezando por los movimientos elementales sin y con resistencia, y haciendo ejecutar luego otros cada vez más complejos. En un caso de Lejonne y Chartier (12), la astasia-abasia, de tipo coreiforme, se mostró rebelde a la reeducación, pero curó por la sugestión hipnótica que anuló la representación subconsciente de caída inminente. En los niños suele bastar con la sugestión vigil para que desaparezca este síndrome, como ha ocurrido en el caso presente (*).

(*) *Revista de Especialidades Médicas*, XII, pág. 337, 1909.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—ALESSI: *Gaz. degli Osped e delle Clin*, 23 Diciembre 1906.
- 2.—BAUER: *Budapesti orvosi ujsaf*, núm. 27, 1906 Ref. in *Jahresber. über Neurol. und Psych*, de Mendel y Jacobsohn, pág. 708, 1907.)
- 3.—BINSWANGER: *Die Hysterie*, pág. 412, Viena, 1904.
- 4.—BLOCQ: *Arch. de Neurol.*, 1888.
- 5.—BRUNS: *Die Hysterie im Kindesalter*, 2.^a edic. Halle, 1906.
- 6.—BRUCK: *Bull. de la Soc. de Medec. ment de Belgique*, núm. 110-111, 1903.
- 7.—CURSCHMANN: *Mediz. Klinik*, núm. 31, pág. 918, 1907.
- 8.—FUCHS: *Neurol. Centralblt*, pág. 1.136, 1904.
- 9.—HAMMER: *Therap. der Gegenwart*, H. 4, pág. 163, 1905.
- 10.—HESS: *Neurol. Centralblt*, núm. 16, pág. 773, 1907.
- 11.—KÖSTER: *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* B. 90, H. 3-4, pág. 225, 1907.
- 12.—LEJONNE y CHARTIER: *L'Encephale*, núm. 5, pág. 543, 1907.
- 13.—NONNE: *Neurol. Centralblt*, núm. 16, pág. 774, 1907.
- 14.—OPPENHEIM: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 5.^a edic. T. II, página 1.235, Berlín, 1908.
- 15.—PARHON y NADEJDÉ: *Spitalul*, pág. 183, 1906.
- 16.—SAENGER: *Neurol. Centralblt*, núm. 16, pág. 775, 1907.
- 17.—SANDRO: *Riforma méd.* núm. 7, pág. 169, 1908.
- 18.—TAYLOR: *Boston Med. and Surg. Journ.* 107, pág. 220, 1907.
- 19.—TRÖMER: *Monatschr. f. Psych.* B. XXII, pág. 132, 1907.
- 20.—WIMMER: *Hospitallidende*, pág. 1.351, 1907 (Refin Rev. *Neurol.*, número 21, pág. 1.160, 1908).

VIII

BLEFAROSPASMO HISTÉRICO INTERMITENTE

El caso siguiente es interesante por varios conceptos: por su larga duración, por la exacta intermitencia de la presentación del fenómeno morboso, que no aparece más que un día sí y otro no, en rigurosa alternativa que viene ocurriendo desde hace tres años; además por recaer en una niña sin ningún otro estigma ni síntoma histéricos manifiestos, siendo, por tanto, un ejemplo típico de histerismo monosintomático, tan frecuente en los niños, y finalmente por los beneficiosos efectos que de una manera lenta, pero bien manifiesta, se van obteniendo con el tratamiento dispuesto.

Trátase de una niña de once años, natural de Madrid, que no posee más antecedente patológico familiar digno de mención que el de ser uno de sus hermanos sordomudo. Ella tuvo a la edad de siete años sarampión y a continuación de éste, tos ferina, que duró tres meses; a la terminación de esta última enfermedad se presentó una ulcerita en el borde de la córnea del ojo izquierdo, que curó al cabo de poco tiempo, mediante el tratamiento que le fue aplicado por el distinguido oculista del Instituto Oftálmico de esta corte, Dr. Cuevas.

Enfermedad actual.—Hace poco más de tres años, a raíz de haber padecido la úlcera del ojo izquierdo, notó un día imposibilidad de abrir éste; lo tuvo todo el día cerrado, al si-

guiente lo tuvo abierto, volvió a estar cerrado de nuevo al otro día, y así ha continuado desde aquella fecha sin interrupción alguna, teniendo con absoluta regularidad, alternativamente, un día abierto el ojo izquierdo y al otro cerrado; la rigurosa periodicidad de este fenómeno no ha experimentado alteración ninguna en los tres años transcurridos y pude apreciarla con toda exactitud en los días que la tuve en observación desde que se presentó en mi consulta de enfermedades mentales y nerviosas del Instituto de la Encarnación, hasta que a primeros de Abril fue instituido el tratamiento.

En la fecha que acabo de indicar, fue detalladamente explorada, apreciando en ella buen estado de nutrición y aspecto general de salud, con color sonrosado moreno del rostro, siendo el desarrollo físico el correspondiente a su edad. No se advirtió ninguna anormalidad en las funciones espásticas. Como fenómenos quizá susceptibles de interpretarse en el sentido de estigmas histéricos, sólo presentaba una ligera hiperalgesia a la presión en ambas regiones inguinales y en la precordial; no había dolor por la presión en el *vertex* cefálico y estaban conservados los reflejos faríngeo, corneal y conjuntival. Presentaba alternativamente, según he indicado ya, un día sí y otro no, cerrado el ojo izquierdo, siéndole imposible abrirle voluntariamente el día que le tocaba tenerlo ocluido; entonces la ceja izquierda está caída, más baja que la derecha e inclinada oblicuamente hacia abajo y afuera; los párpados están fuertemente arrugados y contraídos y extendiéndose el estado espasmódico a la musculatura de la mejilla izquierda, de la nariz y de la boca, se halla la comisura bucal desviada hacia la izquierda, el ala de la nariz algo levantada y los surcos de la mitad izquierda de la cara muy pronunciados; es de advertir que estos fenómenos espasmódicos, correspondientes al trastorno muscular del facial inferior, no son constantes ni uniformes, experimentando oscilaciones en su intensidad y habiendo momentos en que casi no se perciben; por el contrario, la oclusión espasmódica del ojo izquierdo es continua el día que le toca tenerlo cerrado; los otros

días no se advierte anormalidad alguna en la cara, permaneciendo los músculos faciales en relajación cuando no se contraen voluntariamente y no existiendo obstáculo alguno a la apertura de los párpados ni a la ejecución de ningún otro movimiento; la naturaleza espasmódica de la oclusión del ojo izquierdo está demostrada, no sólo por los caracteres expuestos, sino también por la resistencia activa que oponía a las tentativas de apertura forzada (al mismo tiempo se producía convergencia de los globos oculares); cuando la contracción del orbicular palpebral no era muy intensa, se advertían rapidísimas y finísimas sacudidas, como temblor vibrátil, que agitaban continuamente los párpados.

Otro detalle no menos interesante que el de la presentación del fenómeno en días alternos, era el de la apertura del ojo ocluído cuando se cerraba el derecho o simplemente se ponía la mano delante del mismo; este curioso hecho se repetía matemáticamente cuantas veces se hacía la prueba; por un automático movimiento de báscula, tan pronto como se tapaba el ojo derecho, desaparecía el blefarospasmo en el izquierdo y quedaba éste abierto.

Fue sometida a la franklinización en forma de baños electroestáticos, y al cabo de quince días de este tratamiento, a mediados de Abril, volví a verla de nuevo, encontrándola casi curada ya, pues sólo quedaba, como residuo del pasado espasmo, un achicamiento de la abertura palpebral que no se oponía a los movimientos de los párpados, con algo de descenso de la ceja en los días correspondientes, porque es de advertir que la periodicidad del fenómeno persistía aún; aconsejé que continuara con el mismo tratamiento, no habiendo vuelto a tener noticias de ella hasta la fecha en que escribo las presentes líneas.

Varias particularidades ofrece este caso, sobre las que he de insistir por considerarlas de interés; en primer término merece fijar nuestra atención la etiología del accidente espasmódico: fue consecutivo a una enfermedad del globo ocular, a una ulceración de la córnea, que produjo dolor y fotofobia, y que, por tanto, obligaba a la enfermita a tener el ojo cerrado; una vez curada dicha lesión corneal, desaparecieron los motivos de la oclusión palpebral; pero ésta persitió, en virtud de esa fijación patológica que tan frecuentemente se manifiesta en la génesis de los tics y de muchos fenómenos histéricos, como parálisis, contracturas, anestias, etc.; en la patogenia del blefarospasmo en este caso osténtase, pues, con toda claridad la persistencia anormal, morbosa, de un movimiento o actividad normal de defensa, la oclusión forzada de los párpados, para evitar la acción irritante de los agentes externos sobre el globo ocular lesionado.

Hasta ahora nada más natural y lógico que esta sucesión de los fenómenos patológicos; pero lo que no se explica tan satisfactoriamente es el carácter netamente intermitente, en días alternos, del espasmo; acaso influya en esta curiosa periodicidad, no desmentida en el transcurso de tres años, alguna particularidad, para nosotros ignorada, del comienzo del proceso; probablemente, por motivos que no podemos adivinar, cesó el espasmo al día siguiente de haberse presentado para reaparecer al otro día, y bastó esta alternativa inicial para que después se haya venido repitiendo sin interrupción, estereotípicamente, dada la modalidad psíquica de la enfermita, pues es de advertir que hechos patológicos como el que estoy discutiendo, sólo se dan en mentalidades histéricas, y heme aquí llevado ya a analizar la naturaleza del trastorno espasmódico. Le califico de histérico, porque aunque no iba acompañado de otros síntomas que pudieran calificarse de tales, ni de antecedentes personales ni familiares del mismo carácter, ni de más posibles estigmas que la sospecha de existencia de zonas hiperalgésicas en ambas regiones inguinales y en la precordial, no debe olvidarse que el

histerismo infantil es muy a menudo monosintomático, y, además, el dato de tener la enfermita un hermano sordomudo ya marca una manifiesta tara neuropática familiar, y permite explicarse la aparición de fenómenos 'psiconeuróticos' a tan temprana edad en el sujeto de la presente historia clínica.

Considero suficientes las razones expuestas para demostrar la legitimidad del calificativo de histérico aplicado al blefarospasmo que presentaba esta enferma. Casi siempre son histéricos los blefarosposmos; pero en este caso estaba muy especialmente justificada esta denominación por las circunstancias que precedieron a la aparición del fenómeno espasmódico y por los curiosos caracteres del mismo, especialmente por su exacta periodicidad.

Si se recuerda la descripción del trastorno motor palpebral, trazada en uno de los párrafos anteriores, no creo que se juzgue necesario discutir minuciosamente el diagnóstico de blefarospasmo; sin embargo, a modo de aclaración, diré algunas palabras acerca del diagnóstico diferencial. Como el ojo estaba cerrado y no le era posible a la enferma abrirle voluntariamente, pudiera surgir la duda de que se trataba de un ptosis paralítico; pero las diferencias entre éste y el espasmo palpebral son tan obvias, que basta enumerarlas para convenirse de que toda confusión es imposible: en el blefarospasmo, como ocurría en el caso presente, los párpados están pegados, fuertemente adheridos el uno al otro, y oponen resistencia a su separación por los dedos del observador; una inspección detallada permite apreciar en los párpados cerrados un rápido y fino movimiento vibratorio, de intensidad variable, según los casos, pero siempre lo bastante manifiesto para que permita cerciorarse de la naturaleza esencialmente activa del fenómeno; un detalle de gran importancia diagnóstica es la posición de la ceja, que en los casos de espasmo se halla descendida, sobre todo en su extremo externo, de suerte que se dirige oblicuamente hacia abajo y afuera, mientras que en los casos de ptosis paralítico, por el contrario, tratando el

músculo frontal de contrarrestar la acción ausente del elevador del párpado superior, la ceja está elevada, fuertemente arqueada, y la frente aparece surcada por pliegues transversales; en el ptosis, el párpado superior se muestra liso, sin arrugas, y no opone resistencia a su elevación pasiva.

Así demostrada la exactitud del diagnóstico formulado, debo añadir algunas palabras referentes al pronóstico y al tratamiento. La mejoría conseguida a los pocos días de haber comenzado las aplicaciones de electricidad estática, mejoría reveladora de que el proceso, tan largo tiempo estacionario, había entrado en una fase francamente regresiva, autoriza a formar un juicio favorable respecto de la evolución futura del padecimiento, siendo muy probable que acabe por curar totalmente; ahora bien, si la curación del episodio patológico actual puede asegurarse en plazo no muy remoto, no he de decir lo mismo respecto de la predisposición neuropática, que muy verosímilmente engendrará en lo sucesivo, por causas ocasionales diversas, trastornos análogos al presente. Para evitar esta reproducción de los fenómenos neuróticos sería necesario modificar la constitución psíquica de la enfermita, rectificando sus defectuosas tendencias mediante una oportuna y prolongada actuación psicoterápica, enlazada con un sistema educativo que realizara una verdadera ortopedia moral. Aún no he puesto en práctica esta importantísima parte del tratamiento, limitándome a combatir el blefarospasmo por un medio que en casos como el presente resulta muy eficaz, por poseer un alto poder sugestivo: por la electroterapia. El resultado obtenido ha sido sumamente satisfactorio, y me induce a continuar empleando el mismo procedimiento hasta llegar a la curación completa del espasmo, simultaneándolo con las prácticas psicoterápicas a que antes he aludido, las cuales habrán de continuarse largo tiempo para lograr la modificación del estado mental de la enferma.

He dicho en uno de los precedentes párrafos, que el blefarospasmo es casi siempre histérico; en armonía con esta afirmación, figura en la mayoría de los tratados de Neuropatología, descrito en el capítulo destinado al histerismo; véanse, en prueba de ello, las obras de Oppenheim (7)*, Lewandowsky (5), Gordón (3), Schoenborn (12) (este último en el *Manual de enfermedades del sistema nervioso* de Curschmann), etc., en todas las cuales se encuentra al blefarospasmo entre los fenómenos histéricos. Ciertamente que en algunos casos la oclusión espasmódica de los párpados es de origen reflejo, provocada por alguna causa irritativa actual (no pretérita, como en el caso que he historiado), existente en el ojo mismo o en otra región próxima, o, más rara vez, remota del organismo; pero aun en estos mismos casos, a poco que el espasmo sea intenso y persistente, precisa admitir, para explicarse satisfactoriamente su génesis, además del agente irritativo periférico, un factor central psicógeno, representado por la constitución pituitaria del sujeto. Y ya que del blefarospasmo histérico me estoy ocupando, considero oportuno mencionar los dos casos recientemente publicados por Patsiades (9), parecidos al que he dado a conocer en el presente trabajo, porque también eran intermitentes, ofreciendo uno de ellos la particularidad muy importante de que el sujeto era palúdico.

El diagnóstico diferencial del blefarospasmo y el ptosis, expuesto queda anteriormente; me limitaré a añadir que, según Poulard (10), en los casos de ptosis, cuando se ordena al enfermo mirar hacia arriba, al intentar elevar el párpado superior, la caída de éste se acentúa paradójicamente, lo que no ocurre en el blefarospasmo.

Algo he de decir también acerca de las relaciones del espasmo palpebral con el espasmo facial; según Oppenheim (8),

(*) Consúltense la nota bibliográfica al final de este capítulo.

uno de los músculos más frecuentemente interesados en el espasmo facial, es el orbicular de los párpados, en el que se combinan la contracción tónica con las sacudidas clónicas; puede asegurarse que el blefarospasmo es la forma más común del espasmo facial, debiendo considerarse como una variedad parcial de éste, limitada al orbicular palpebral, y que se enlaza con el tipo general mediante formas de transición; en el caso que motiva el presente trabajo, se observaba en los momentos de exacerbación máxima del espasmo la extensión de éste a los demás músculos faciales del mismo lado, especialmente a los de la comisura bucal y a los de la nariz.

Por último, asunto es que preocupa bastante en la actualidad el del tratamiento del blefarospasmo por métodos radicales, como son las inyecciones neurolíticas de alcohol y la intervención quirúrgica. Del primer procedimiento se han ocupado, en trabajos recientes, Lataillade (4), Valude (14 y 15), Sperille (13), Mirto (6) y Arramesco (2), habiendo sido los resultados incompletos y transitorios, pues la recidiva sobrevino al cabo de un período de remisión. La intervención quirúrgica ha sido preconizada por Abadie y Cuneo (1), que recomiendan la neuroanastomosis del espinal con el facial; por Sperille (*loc. cit.*), que ha publicado un caso en el que se practicó la anastomosis a que acabo de aludir, y por Rochon-Duvigneaud y Weil (11), que refieren un caso en el que la resección del nervio supraorbitario fue seguida de recidiva a los tres meses. Un inconveniente serio, tanto de las inyecciones neurolíticas como de la mayoría de las intervenciones cruentas, es la parálisis del orbicular de los párpados a que suelen dar lugar, con todos los peligros que para la integridad del globo ocular supone dicha parálisis.

En suma: los pretendidos procedimientos radicales de tratamiento del blefarospasmo no han dado resultados plenamente satisfactorios, por lo que habremos de atenernos a la clásica medicación sedante y antiespasmódica, al empleo de los agentes físicos (sobre todo electroterapia e hidroterapia),

a las prescripciones higiénicas y a la psicoterapia, insistiendo mucho en los ejercicios de educación. Siendo en la inmensa mayoría de los casos el blefarospasmo de naturaleza psicógena, es indudable que con los procedimientos psicoterápicos se podrán conseguir excelentes efectos (*).

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—ABADÍE y CUNEO: Traitement du Blepharospasme par l'anastomose spino-faciale. *Archives d'Ophtalm.*, pág. 201, 1901.
- 2.—ARRAMESCO: *Spitalul*; pág. 179, 1907. (Ref. in *Rev. Neurol*, pág. 28, 1909.)
- 3.—GORDON: *Diseases of the Nervous System.*, pág. 357. Londres, 1908.
- 4.—LATAILLADE: *Blepharospasme, hemispasme facial et leur traitement*, Tesis de París, 1911.
- 5.—LEWANDOWSKY: *Handbuch der Neurologie*, pág. 764. Tomo I, 2.^a parte. Berlín, 1910.
- 6.—MIRTO: *Annali di Neurologia*; fás. 1-2, pág. 35, 1908.
- 7.—OPPENHEIM: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, tomo II, pág. 1.220, 5.^a edic. Berlín, 1908.
- 8.—OPPENHEIM: *Id. id.*, tomo II, pág. 1.423, 5.^a edic. Berlín, 1908.
- 9.—PATSIADIS: Blepharospasme hystérique monoculaire et monosymptomatique intermitent. *Annales d'Occulistique*, Marzo, 1907.
- 10.—POULARD: Art. *Troubles de la motilité des paupières* en «*La Pratique Neurologique* de P. Marie, pág. 100. París, 1911.
- 11.—ROCHON-DUVIGNEAUD y WEIL: Blepharospasme, *Soc. de Neurol de Paris*, sesión 5 Diciembre 1907. (*Rev. Neurol*, pág. 1.296, 1907).
- 12.—SCHOENBORN in «*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*», de Curschmann, pág. 34. Berlín, 1909.
- 13.—SPERILLE: Deux cas de Blepharospasme gueris par deux procedés dif-

(*) *Revista Clínica de Madrid*, X, pág. 168, 1913.

ferents. *Soc. d'Ophthalmol. de Paris*, sesión 6 de Abril 1907. (*Rev. Neurol.* pág. 59, 1907).

- 14.—VALUDE: Le Blepharospasme traité par las injections profondes d'alcool, *Annales d'Occulistique*, Diciembre, 1905.
- 15.—VALUDE: Blepharospasme et injections d'alcool. *Annales d'Occulistique*, pág. 241, 1908.
-

IX

UN CASO DE MUTISMO HISTERO-TRAUMÁTICO

Charcot y sus continuadores, entre ellos especialmente Gilles de la Tourette, ampliaron tan desmesuradamente el concepto de histerismo, que en él dieron cabida a todo linaje de fenómenos morbosos, desde la clásica crisis convulsiva hasta la fabulosa hemoptisis, y desde la leve hiperestesia de la región ovárica hasta la complicada pseudofiebre tifoidea histérica, prolijamente descrita por algunos afamados autores. En una entidad morbosa tan liberalmente dotada de los más variados síntomas, cabían todos los cuadros clínicos imaginables, y buscando en medio de esta confusión sindrómica fidedignos puntos de referencia para el diagnóstico diferencial la escuela francesa antigua, merecedora ya de este calificativo, a pesar de los pocos años transcurridos, creó la doctrina de los estigmas histéricos, anormalidades permanentes que debían ser el más seguro indicio del carácter histérico del sujeto, y por ende, de sus padecimientos.

Descripción ingeniosa y seductora de una forma de crisis histérica, el mal mayor, tan complicada que resumía todos los posibles accidentes, tanto sensitivos como motores, tanto somáticos como psíquicos de la neurosis, posibilidad de ser simulados por ésta todos los síntomas y todos los síndromes, y todas las enfermedades orgánicas; existencia de un fondo constitucional permanente, revelado por los llamados estig-

mas, sobre el cual se desarrollan los episodios accidentales: he aquí sintetizado el fundamento de la doctrina de la Salpêtrière en materia de histerismo.

No obstante el alto prestigio de Charcot, sobrevivióle muy poco la integridad de su obra en este punto. Tímidamente al principio, algunos espíritus observadores se atrevieron a declarar que las crisis convulsivas no eran casi jamás como el maestro las había descrito, que los estigmas tenían una significación muy incierta y que era muy discutible que hubiera síndromes histéricos capaces de simular realmente a las enfermedades orgánicas. Pronto las débiles protestas iniciales se convirtieron en franca y poderosa reacción contra el dogma impuesto por la autoridad del patriarca de la Neurología francesa, y acumulándose los hechos de observación, haciéndose cada vez más rigurosa la crítica de los mismos e ideándose nuevas hipótesis fundadas en ellos, no parece muy lejano el día en que de la exuberante concepción del histerismo, nacida y elaborada entre los muros del Hospicio de la Salpêtrière, no quede nada más que el recuerdo histórico.

Aunque nos hallamos hoy en un período de ardua controversia respecto de la naturaleza del histerismo, puede afirmarse que todos los neurólogos están de acuerdo en algunos puntos de verdadero interés práctico, a saber: en que esta neurosis no es capaz de imitar todas las enfermedades, siendo su sintomatología perfectamente limitable, siempre que se tomen las debidas precauciones para evitar toda superchería, negándose la realidad de los trastornos tróficos y vasomotores histéricos (edema, pénfigo, úlceras, hemorragias, etc.) y de la fiebre histérica; en que los estigmas no son espontáneos, sino provocados por la imitación o por la exploración llevada a cabo por el médico, no teniendo más que un valor muy relativo, el de demostrar la fácil sugestibilidad del sujeto, y en que las crisis convulsivas que constituyen el accidente genuinamente histérico, ofrecen variadas manifestaciones, pero se distinguen de los accesos similares, y en especial de los epilépticos por varios caracteres *objetivos* bien definidos.

No es mi propósito entrar en el examen de la naturaleza del histerismo, limitándome a consignar que es asunto de actualidad, como lo prueba, no sólo el ser frecuentemente objeto de polémica en las Sociedades científicas, sino también el haber sido tema oficial de discusión en el 17.º *Congreso de los médicos alienistas y neurólogos de Francia y de los países de lengua francesa*, verificado en Ginebra y Lausana del 1 al 6 de Agosto de 1907. En esta Asamblea uno de los ponentes, Schnyder (34) * consideró al histerismo, muy acertadamente a mi juicio, como un trastorno de la evolución mental, como una suspensión del desarrollo psíquico, que no llega a su plenitud. Para Schnyder, de acuerdo en esto con Moebius (25), el histerismo es una neurosis de los individuos y de las sociedades jóvenes; por eso fue la Edad Media la época del apogeo del histerismo, pues en ella estuvo la evolución mental suspendida y enfrenada por las supersticiones imperantes; por eso es tan frecuente esta neurosis en las mujeres de todas las clases sociales y en los individuos de la población rural inferior, pues aquéllas y éstos se encuentran por motivos de educación en un estado de inferioridad mental evolutiva, no habiendo podido desenvolver por completo sus aptitudes psíquicas. Prueba de la verdad de este aserto será el caso clínico que voy a exponer a continuación.

El otro ponente del Congreso de Ginebra-Lausana, Claude (13), presentó al histerismo como una diátesis basada en el neurosismo constitucional, y caracterizada por el aislamiento y el predominio, consciente o inconsciente, de ciertas percepciones y apercepciones que se emancipan de la actividad psíquica superior y provocan reacciones reflejas anormales; esta definición está basada en la doctrina de Raymond (30), y en la importancia que concede a los elementos psíquicos se descubre la influencia de la ideas de Pierre Janet (18).

Los oradores que discutieron los informes de Schnyder y

(*) Véase la nota bibliográfica al final del capítulo.

de Claude, se limitaron a repetir las opiniones y los argumentos ya expuestos con anterioridad en otros lugares; así, Raymond (30) cree que el histerismo es una manera especial de sentir y de reaccionar, debida a un trastorno del régimen de los reflejos corticales y subcorticales. Para Bernheim (9, 10, 11) el histerismo propiamente dicho se reduce a las crisis o ataques de nervios; todo lo demás son epifenómenos, trastornos emotivos accidentales o enfermedades asociadas; los estigmas no existen o son provocados por sugestión del médico. Sollier (36), alzándose contra la teoría psíquica del histerismo, sostiene la que llama teoría fisiológica, afirmando que los fenómenos histéricos no están todos subordinados a una perturbación psíquica primitiva, sino que existen simultáneamente trastornos dinámicos de los centros cerebrales motores, sensitivos, vasomotores y psíquicos. Por último, Babinski, el autor que con más profundo sentido clínico y con mayor respeto de la realidad se ha ocupado del histerismo en estos últimos tiempos (3, 4, 5, 6, 7), considera a esta neurosis como un estado psíquico consistente en la posibilidad de la auto-sugestión, revelándose por manifestaciones primitivas y secundarias; las primitivas pueden siempre ser reproducidas por la sugestión y ser curadas por la persuasión, las secundarias están íntimamente subordinadas a las primitivas; como complemento de esta definición, Babinski ha descrito varios importantes signos diferenciales de los fenómenos histéricos y orgánicos, que no es del caso exponer detalladamente en este lugar. Finalmente, Babinski propone la sustitución de nombre de histerismo, que etimológicamente no significa nada más que el recuerdo de un error antiguo, por el de *Pitiatismo*, que expresa un conjunto de trastornos curables por la persuasión.

Siéndome imposible extenderme en más amplias consideraciones sobre este asunto, recomiendo a quien interese el tema, la lectura de las importantes Monografías recientes de Binswanger (12), de Raymond (*loc. cit.*) y de Amselle (1).

Como resultado de la revisión a que se ha sometido modernamente la sintomatología del histerismo, hanse formado en ésta dos grupos: uno el de los trastornos, que son, en realidad, ajenos a la neurosis (abolición o exageración de los reflejos tendinosos, forma de los reflejos cutáneos, hemorragias, edemas, úlceras, erupciones, alteraciones de los esfínteres, fiebre, etc.), y otro el de los que legítimamente pertenecen a ella; entre estos últimos figura, según lo opinión unánime de los autores, el mutismo.

El mutismo histérico, en su forma más pura, está caracterizado por la imposibilidad de emitir ningún sonido, conservándose íntegra la motilidad de los labios, lengua, velo del paladar y cuerdas vocales; es de aparición brusca, consecutiva a un traumatismo, a una emoción, a un ataque de nervios; su duración es variable y suele desaparecer repentinamente.

Existen formas incompletas en las cuales es posible emitir sonidos inarticulados o rudimentariamente articulados; otras veces el trastorno se reduce a una defectuosa expresión vocal, no mereciendo ya el nombre de mutismo, sino el de tartamudeo o de disartria histéricos, según los casos (Debove, 15; Sarbó, 32; Maas, 21; Mouriquand, 26). La observación clínica que voy a referir es un ejemplo de la forma típica.

* * *

J. M. G., de treinta y siete años, natural de un pueblo de la provincia de Murcia, casado, carretero, es un sujeto de baja estatura, de escaso desarrollo muscular, de apariencia totalmente rústica, facciones toscas, cráneo pequeño, frente estrecha y oblicua, pómulos salientes, nariz ancha, chata, labios abultados, mandíbula inferior voluminosa; por el escaso desarrollo mental que su aspecto revela y por la forma, ya que

no por el color, parece un ejemplar de alguna de las razas inferiores de la Humanidad. No tiene antecedentes patológicos, ni familiares, ni personales, no habiendo padecido nunca ataques de nervios. Ha vivido en su pueblo natal hasta que hace doce años se trasladó a Madrid; siempre ha ejercido el oficio de carretero, no ha tenido jamás disgustos de familia y ha sido siempre dócil y obediente, nada pendenciero; ha ido a la escuela desde los ocho a los doce años, aprendiendo a leer, a escribir y algo de cuentas, de suerte que su nivel intelectual resulta algo más elevado de lo que su aspecto exterior parece indicar. Asegura no haber cometido abusos alcohólicos, acostumbrando a beber una copa de aguardiente por las mañanas y medio cuartillo de vino a las comidas.

La noche del 2 de Agosto de 1907, estando conversando tranquilamente con un vigilante de consumos, propinóle éste súbitamente tan tremenda bofetada *sobre la boca*, que le hizo caer al suelo privado de conocimiento, recibiendo además algunas patadas y puñetazos en diversas partes del cuerpo; estuvo sin sentido por espacio de cinco horas; pero aunque recobró la conciencia, le era imposible articular ni un solo sonido, si bien oía perfectamente a los que le rodeaban y se daba cabal cuenta de lo que ocurría en torno suyo.

Ingresó en el Hospital de la Princesa (sala de San Fernando) el 3 de Agosto, permitiéndome amablemente el doctor Cifuentes hacer el estudio de este caso. En el momento del ingreso, veinte horas después del accidente inicial, se hallaba el paciente en plena conciencia, con integridad del oído y de los movimientos de los miembros *e imposibilidad absoluta de hablar*; tenía ligera contractura general, con los brazos y piernas en extensión y los ojos medio cerrados, agitándose los párpados con rápida vibración; se observaban fuertes sacudidas epigástricas, que, según se averiguó luego, exteriorizaban las tentativas del sujeto para romper a hablar. Fue sometido a dieta láctea hasta que el día 6 al medio día se le dió por primera vez de comer carne; repugnóle este alimento, y experimentando angustiosas náuseas fué al retrete, donde

vomitó una substancia que, según él, parecía un cuajarón de sangre, pero que seguramente sería el trozo de carne que había ingerido, y en el acto rompió a hablar con toda facilidad, y continuó hablando en lo sucesivo lo mismo que antes de haber sufrido el accidente; manifestó que lo que le impedía hablar era un a modo de nudo que le oprimía la garganta, y que no desapareció hasta que consiguió vomitar.

La exploración clínica reveló únicamente la existencia de una zona hiperestésica en el *vertex* cefálico, y un marcadísimo estrechamiento concéntrico del campo visual. Fue dado de alta el 7 de Agosto. La curación fue espontánea, independiente de toda intervención ajena, y motivada por la idea que el enfermo tenía de que el obstáculo que le impedía hablar había sido vencido por el esfuerzo del vómito.

Lo típico del caso, lo brusco de la aparición del mutismo, a consecuencia de un traumatismo sobre la boca, la absoluta imposibilidad de articular sonidos, la manera de desaparecer el trastorno, todo esto hace completamente superfluo el diagnóstico diferencial.

* * *

Las observaciones de mutismo histérico son bastante numerosas; entre las más modernas citaré las de Courmont (14), Laboucle (20), Opp (27), Mitchell (24), Raviaut y Duvar (29), Bassenco (8) y Glorieux (17); Royer (31) y Jourdin (19) se han ocupado del diagnóstico diferencial de la afonía histérica y la simulada, señalando el último como caracteres distintivos de aquélla la existencia de otros síntomas histéricos, la posibilidad de la tos y la anestesia prelaríngea y de la región correspondiente a la circunvolución de Broca. En un caso de Makuen (22), consecutivo a un traumatismo sobre el lomo de la nariz y la órbita derecha, existía anestesia prelaríngea e imposibilidad de realizar la adducción completa de las cuer-

das vocales; la curación sobrevino repentinamente después de una crisis convulsiva.

La observación de Giannuli (16), no de mutismo, sino de trastorno histérico del lenguaje, es muy discutible, y se refiere a un aldeano de sesenta años, con contractura tónica de los miembros derechos, accesos convulsivos espontáneos o por causas variadas, y descargas explosivas logorreicas, compuestas de obscenidades, injurias y canciones populares; como estigmas histéricos, según el autor, existían placas de hiperesesia en la nalga e hipocondrio derechos, en las que experimentaba sensación de desgarró al comenzar los accesos verbomotores, los cuales podían ser provocados por la presión de dichas zonas; dada la edad del enfermo y la sistematización de los síntomas, me parece muy dudosa la naturaleza histérica de éstos, siendo, a mi juicio, más acertado suponer la existencia de lesiones corticales en el hemisferio izquierdo.

En el caso de Simonin (35), el enfermo no podía hablar ni silbar, la tos era sonora, las cuerdas vocales no estaban paralizadas y existían estigmas histéricos.

Törne (39) ha publicado un caso de afonía histérica combinada con parálisis unilateral del recurrente; la enferma sufrió cinco accesos de afonía de aparición y desaparición brusca; la cuerda izquierda estaba inmóvil en posición intermedia.

En la observación publicada por Stintzing (37) sobrevinieron accesos de asma histérico a consecuencia de un traumatismo, y un año después se presentaron trastornos del lenguaje, llegando a no ser posible más que la emisión de sonidos inarticulados.

El caso de Tixier (38) es notable, porque la pérdida del lenguaje articulado sobrevino a consecuencia de un traumatismo de la zona rolándica izquierda.

La observación de Vitek (40) se refiere a una niña anémica de catorce años, que se quedó muda a consecuencia de una impresión de terror sufrida en la menofanía; la curación, favorecida por prácticas psicoterápicas, fue gradual; Vitek

explica el mutismo por una vasoconstricción refleja de las arterias de la corteza cerebral.

De sordomutismo histérico se han ocupado Mingazzini (23) y Antony (2). Por último, es digno de mención el importante trabajo de Saupiquet (33) sobre la afonía y el mutismo histéricos (*).

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—AMSELLE: *Conception de l'hystérie; étude historique et clinique*. Tesis de Nancy, 1907.
- 2.—ANTONY: «Surdi-mutité d'origine histerique». *Bull et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 3 Marzo 1899.
- 3.—BABINSKI: «Definition de l'hystérie». *Soc. de Neur. de Paris*, 7 Noviembre 1901 (*Rev. Neurol.*, 1901).
- 4.—BABINSKI: «Definition de l'hystérie». *Four. de med. int.*, IX, pág. 313, 1905.
- 5.—BABINSKI: «Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme». *Arch. génér. de Med.*, núm. 35, 1906.
- 6.—BABINSKI: «Suggestion et hystérie». *Bull. med.*, núm. 24, 1907.
- 7.—BABINSKI: «Emotion, suggestion et hystérie». *Soc. de Neur. de Paris*, 4 Julio 1907 (*Rev. Neurol.*, núm. 14, 1907).
- 8.—BASSENCO: *Ein Fall von hysterischer Aphasie in Kindesalter*. Inaug.-diss. Berlín, 1904.
- 9.—BERNHEIM: «Conception nouvelle et etiologie de l'hystérie». *Bull. med.*, 8 Noviembre 1902.
- 10.—BERNHEIM: «Conception du mot Hystérie». *Rev. med. de l'Est.*, página 45, 1904.
- 11.—BERNHEIM: «Comment je comprends le mot Hystérie». *Bull. med.*, número 16, 1907.
- 12.—BINSWANGER: *Die Hysterie*. Viena, 1904.
- 13.—CLAUDE: «Definition et nature de l'hystérie». *XVII Congrès des Médecins alienistes et neurologistes de France*, etc. Ginebra-Lausana, 1-6 Agosto 1907 (*Rev. Neurol.*, núm. 16, 1907).

(*) *Siglo Médico*, LIV, pág. 692, 1907.

- 14.—COURMONT: «Aphasie et mutisme hystérique». *Lyon med.*, 18 Junio 1905.
- 15.—DEBOVE: «Dysarthrie hystérique». *Arch. génér. de Med.*, núm. 28, 1906.
- 16.—GIANNULI: Tic hister. func. centro Broca». *Il Policlinico*, fasc. 11 Noviembre 1906.
- 17.—GLORIEUX: «Mutisme hystérique chez un garçon de 10 ans; guérison». *Policlin. Brux.*, XIV, 1905.
- 18.—JANET (Pierre): *Etat mental des hystériques*. París, 1892.
- 19.—JOURDIN: «Aphonie hystérique et aphonie simulée». *Arch. internat. de lar. d'ot. et de rhin.* Julio-Agosto, 1906.
- 20.—LABOUCLE: «Mutisme hystérique par aphonie». *Gaz hebd. Scienc. med. de Bordeaux*, 13 Diciembre 1903.
- 21.—MAAS: «Beitrag zur kenntnis hysterischer Sprachstörungen», *Ber. klin. Woch.*, núm. 48, 1905.
- 22.—MAKUEN: «Hysterical Mutism». *XXVIII Meet. Amer. Lar. Assoc.*, 1.º Junio 1906.
- 23.—MINGAZZINI: «Sordo-mut. hister». *Arch. ital. di Otol.*, etc., 1897.
- 24.—MITCHELL: «Hysterical mutism». *Journ. of Nerv. and Ment. Dis.*, núm. 4, 1907.
- 25.—MÆBIUS: «Ueber den Begriff der Hysterie». *Cblt. f. Nervenhe.*, XL, número 3, 1888.
- 26.—MOURIQUAND: «Bégaiement hystérique». *Lyon med.*, pág. 942, 1904.
- 27.—OPP: «Hyster. Aphonie». *Münch. med. Woch.*, 1900.
- 28.—QUAET-FASLEM: «Traumatische Hysterie und ihre gutachtliche etc. *Deutsch. med. Woch. (Vereinsber.)*, núm. 24, 1906.
- 29.—RAVIAUT y DUBAR: «Aphasie chez un hystérique». *Arch. de Neur.*, núm. 131, 1906.
- 30.—RAYMOND: *Nevroses et Psychonevroses*. París, 1907.
- 31.—ROYER: *Aphonie hystérique et aphonie simulée*. Tesis de Lyon, 1904.
- 32.—SARBÓ: «Hyster. Sprachstörungen». *Med. päd. Monatschr. f. d. ges. Sprachh.*, Abril-Mayo, 1907.
- 33.—SAUPIQUET: *Etude clinique et pathogenique sur le mutisme et l'aphasie hystérique*. Tesis de Lyon, 1905.
- 34.—SCHNYDER: «Definition et nature de l'hystérie», *XVII Congrès des Medecins alienistes et neurologistes de France*, etc.. Ginebra-Lausana, 1-6 Agosto 1907 (*Rev. Neur.*, núm. 16, 1907).
- 35.—SIMONIN: «Aphonie hystérique consecutive a un erysipele infectieux». *Soc. de Med. milit.*, sesión 3 Enero 1907. (*Ref. in Rev. neurol.*, núm. 9, 1907).
- 36.—SOLLIER: «Theorie physiologique de l'hysterie». *Journ. de Neur.*, número 1, 1904.
- 37.—STINTZING: «Hysterischer Mutismus in Verbindung mit hysterischem

Asthma nach Unfall». *Deutsch. Ztschr. f. Nervenhe.* B. 28, H. 2-4, 1905.

- 38.—TIXIER: «Quelques considerations sur un cas d'aphasie hystérique consecutif á un traumatisme important de la region rolandique gauche». *Arch. génér. de Med.*, 1905.
- 39.—TÖRNE: «Afonía hister. asociada a paral. unilat. del recurrente». *Hygiea*, pág. 258, 1906.
- 40.—VITEK: «L'aphasie, l'agraphie et l'alexie hystériques». *Rev. neurol, tcheque*, núm. 9, 1905.
-

X

DOS NUEVOS CASOS DE MUTISMO HISTÉRICO

En el número de *El Siglo Médico* correspondiente al 2 de Noviembre del año 1907, publiqué una observación de mutismo histerotraumático, y a propósito de ella expuse algunas consideraciones acerca del concepto que de las manifestaciones histéricas tienen los más afamados neurólogos contemporáneos, tal como aparece expresado en las más recientes publicaciones y polémicas de las Asambleas científicas extranjeras. En aquel lugar indiqué también los principales caracteres que distinguen al mutismo histérico de los estados análogos, y mencioné algunos de los más interesantes, entre los casos modernamente publicados.

En el capítulo presente me propongo tan sólo aumentar la casuística relativa a este asunto, con la publicación de dos nuevos casos, que si se distinguen del anteriormente dado a conocer por no estar etiológicamente subordinados al traumatismo, se parecen a aquél por todos los restantes caracteres. Son dos casos típicos de mutismo histérico. y, por consiguiente, aunque no susciten difíciles problemas de diagnóstico, ni merezcan ser considerados como rarezas patológicas, sí son dignos, en mi sentir, de ser conocidos, porque su misma claridad ayuda a fijar en la mente los rasgos característicos de esta manifestación del histerismo, y porque revelan de modo

palmario las íntimas relaciones que existen entre esta inhibición de la facultad del lenguaje oral, y el fenómeno histérico por excelencia, la crisis convulsiva. A este último punto, a la sucesión o sustitución de los accesos de convulsiones y de mutismo, se reducirán las breves reflexiones epicríticas que expondré a continuación de las historias clínicas, remitiendo al lector para todo lo relativo a consideraciones teóricas sobre la naturaleza del histerismo y para referencias bibliográficas, al artículo antes citado. (*Siglo Médico*, núm. 2.812, página 692, 2 Noviembre 1907).

* * *

OBSERVACIÓN I.—La enferma B. G., de diecisiete años, soltera, natural de un pueblo de la provincia de Ávila, carece de antecedentes neuropáticos familiares; ha disfrutado siempre de excelente salud, no habiendo padecido más enfermedad que el sarampión, del que curó sin consecuencias. En su carácter no han observado sus padres anomalía alguna que llamara su atención.

La enfermedad actual comenzó hace dos años, sin más causa a que atribuirle que la supresión de la menstruación, que poco tiempo antes habíase presentado por primera vez. Las primeras manifestaciones morbosas consistieron en accesos convulsivos diurnos, con pérdida no completa del conocimiento, mordedura de los labios y las manos, pero no de la lengua, sin emisión involuntaria de orina, y terminando por explosiones de risa o llanto. Estos accesos se prolongaban en ocasiones dos o tres horas, y después de algunos de ellos quedaba muda por espacio de cuatro o cinco días, recobrando el uso de la palabra bruscamente por la influencia de alguna emoción o impresión física, como la de bañarse en el mar. Estos accesos se repetían al principio muy de tarde en tarde; pero desde hace seis meses son muy frecuentes, aun-

que su intensidad ha disminuído hasta el punto de que actualmente no sufre convulsiones, sino sólo una ligera obnubilación intelectual que pasa rápidamente, pero que va seguida también de mutismo, durando éste varios días. Otras veces, después de estos accesos abortados, ríe o llora estrepitosamente, o canta a gritos por espacio de varias horas. Se presentó en la consulta de enfermedades nerviosas del Hospital de la Princesa el 17 de Octubre de 1907.

Status praesens (fecha *ut supra*).—Es una muchacha de escaso desarrollo físico, pobremente constituída; en el momento de presentarse en la consulta estaba sufriendo un acceso de mutismo. Su actitud recordaba a la de los estados catatónicos, pues permanecía inmóvil, sin cambiar de lugar más que pasivamente, obedeciendo a impulsos ajenos; su expresión era estúpida, tenía la mirada vaga, la boca entreabierta, sin contestar a ninguna de las preguntas que se le dirigían, aunque daba muestras de comprenderlas perfectamente. Le era imposible articular ningún sonido, ni en voz alta, ni cuchicheando, ni tampoco hacía ningún esfuerzo para lograrlo. La tos era sonora. La lengua se movía con entera libertad, haciendo todos los movimientos que se le ordenaban. No existía ningún estigma histérico, ni estrechamiento del campo visual, ni areflexia faríngea, ni anestesia de la región prelaríngea, ni de la correspondiente a la zona de Broca, ni en ningún otro territorio cutáneo ni mucoso, ni placas de hiperestesia. El reputado laringólogo doctor Tapia hizo la inspección endolaríngea (en ocasión en que no había mutismo), no hallando ninguna desviación de la normalidad. El color de la piel y de las mucosas era intensamente pálido, y la función menstrual estaba suspendida desde dos años antes.

El acceso de mutismo que sufría la enferma cuando se presentó por primera vez en la consulta, cesó espontáneamente a las pocas horas; pero tres días después sobrevino uno nuevo, que desapareció en el momento de hacer una aplicación con el pincel farádico en la región prelaríngea, recobrando la enferma súbitamente la facultad de hablar con toda fa-

cilidad, sin quedar rastro alguno del anterior trastorno, pero a la media hora quedó muda de nuevo, permaneciendo así por espacio de día y medio. Durante este período de tiempo dió muestras de intensa agitación, y al recobrar la palabra, esta excitación aumentó, pronunciando por espacio de algunas horas frases extravagantes sin sentido. Se presentó otra vez en la consulta en estado normal, y después la perdí de vista, ignorando el curso posterior del proceso.

Aparte de los oportunos consejos psicoterápicos, de dudoso resultado positivo, por continuar la paciente influída por el medio familiar en el que se ha desarrollado su dolencia se prescribió un tratamiento tónico, a base de preparados de hierro y de arsénico, algún sedante de la excitabilidad nerviosa, como la valeriana y el uso cotidiano de la sábana húmeda por la mañana antes de levantarse.

* * *

OBSERVACIÓN II.—En la Casa de Socorro del distrito de la Universidad se presentó, a las dos de la madrugada del 26 de Octubre de 1907, una mujer de veinticinco años, privada de palabra. Tenía los dientes fuertemente encajados, estando los maseteros tan intensamente contracturados, que no permitían la separación, ni voluntaria ni forzada, de ambas mandíbulas. La mujer comprendía perfectamente todo lo que se le decía, pero le era imposible articular ningún sonido, ni en voz alta, ni en voz baja. Como se expresaba mímicamente con mucha claridad, pudo averiguarse que momentos antes había sufrido un violento acceso convulsivo, del que le quedaban como huellas algunas mordeduras en los labios; al cesar el ataque se había quedado sin poder hablar ni abrir la boca. Los accesos convulsivos se repetían con bastante frecuencia, y muy a menudo iban seguidos de mutismo y trismo que duraban cuatro o cinco horas. Hice una rápida exploración, porque no

permitían otra cosa las circunstancias de lugar y hora, y sobre todo, la apremiante obligación de acudir a prestar mis servicios profesionales donde con urgencia los reclamaban, apreciando anestesia táctil y dolorosa en ambas extremidades superiores y en el cuello, pero no en la región del cuero cabelludo correspondiente a la zona de Broca. Como no era posible lograr que la paciente tragara ninguna substancia, me limité a aplicar algunas ligeras inhalaciones de éter, y a tranquilizarla, asegurándola que los trastornos que sufría no tenían importancia alguna y desaparecerían por sí solos muy pronto, sin dejar rastro alguno, según le había ocurrido otras veces.

* * *

Estos dos casos demuestran la inmediata subordinación del mutismo, como de la mayoría de las manifestaciones histéricas, al fenómeno capital de esta neurosis, a la crisis convulsiva; sabido es que Charcot trazó una magistral descripción del acceso histérico, considerándole en su forma más completa como una complicada, pero regular y ordenada serie de trastornos, a los que podían referirse, por equivalencias y analogías, todos los síntomas del histerismo, y modernamente el Profesor de Nancy, Bernheim, dice que la crisis convulsiva es la única manifestación histérica digna de tal nombre. No pueden ser más antitéticas ambas opiniones, pues la de Charcot y sus discípulos extienden el concepto de histerismo a múltiples trastornos intelectuales, sensoriales, sensitivos, motores, tróficos y viscerales, mientras que la de Bernheim le reduce exclusivamente a los vulgares ataques de nervios, pero una y otra coinciden en atribuir la mayor importancia nosológica a los accesos de convulsiones.

En las dos observaciones precedentes los accesos de mutismo se presentaban siempre después de las crisis convulsi-

vas; pero mientras que en el segundo caso ofrecían éstas sus caracteres típicos, en el primero, aunque también los presentaron en un principio, fuéronse luego atenuando hasta reducirse a una ligera obnubilación intelectual, que debe considerarse como la mínima expresión del ataque histérico.

La duración del fenómeno es diversa en ambas observaciones: en la primera se prolongaba varios días, y en la segunda sólo algunas horas; pero en una y otra la terminación era la misma, pasando bruscamente al estado normal, de modo espontáneo o provocado en el caso primero por alguna impresión física o psíquica, fortuita o suscitada con un fin terapéutico.

En la observación segunda es digna de mención la coexistencia del trismo, explicable como un fenómeno persistente de contractura post-accesional, al que debe atribuirse importancia en la génesis del mutismo, pues éste parece probablemente debido a la imperiosa representación mental de un obstáculo invencible a la fonación por imposibilidad de abrir la boca; dada la idea que las personas incultas se forman de la función de expresión verbal, esta interpretación del hecho me parece la más verosímil.

En el primer caso la génesis del mutismo es más oscura; acaso para descifrar la incógnita fuera preciso remontarse al primer acceso, encontrándose la explicación en alguna particularidad del mismo, repitiéndose después el hecho por la tendencia que tienen los accidentes histéricos a la estereotipia; pero la información obtenida de la paciente y de su familia no ha dado ninguna luz sobre este punto. Es curioso también en esta enferma la falta absoluta de los llamados estigmas histéricos, no obstante venir presentando desde hace dos años, intensos y variados trastornos accesionales, lo que prueba lo acertado de la opinión moderna, que considera a dichos estigmas como de muy dudosa significación.

Los más importantes rasgos diagnósticos del mutismo histérico, según se desprende de las dos observaciones anteriores, son, ante todo, su evolución, apareciendo a consecuencia

de una crisis convulsiva o de un trastorno similar, de una emoción o de un traumatismo, y desapareciendo radical y bruscamente; su coexistencia con otros fenómenos histéricos, la historia del sujeto y la integridad material de los órganos de la fonación; menos valor tienen la persistencia de la sonoridad de la tos y la anestesia prelaríngea, y en cuanto a la de la región correspondiente a la zona de Broca no la he encontrado en ninguno de los casos por mí observados (*).

(*) *Siglo Médico*, LV, pág. 162, 1908.

XI

LAS SUPUESTAS HEMATEMESIS HISTÉRICAS

Son siempre los fenómenos relacionados con el histerismo de extraordinario interés práctico por los crasos errores de diagnóstico a que pueden dar lugar, y este interés resulta, en los momentos presentes, aumentado por la honda transformación que en el concepto de esta neurosis se viene verificando desde que hace unos ocho años formuló *Babinski* su protesta contra la clásica doctrina nacida en la Salpêtrière y divulgada por la escuela de *Charcot*.

La necesidad de condensar en los estrechos límites de una *Revista crítica* lo que me propongo decir, me impide tratar ni siquiera incidentalmente de las modernas opiniones acerca del histerismo, de su naturaleza, de su definición, de sus caracteres distintivos, de su extensión sintomatológica, del criterio que debe presidir a la calificación de las manifestaciones histéricas. Todos estos puntos son, sin duda, en extremo interesantes, pero mi deseo de ser conciso y mi propósito de no limitarme a vagas consideraciones generales, procurando, al contrario, abarcar todo lo posible en las materias que haya de tratar, exigen que prescinda de todos aquellos temas y que reduzca esta *Revista crítica* al examen de una cuestión muy concreta: la de si existen o no en realidad las pretendidas hematemesis histéricas.

Comenzaré por enunciar, como sigue, la tesis que me propongo explicar: *No he encontrado ni en la práctica clínica ni en la literatura médica, ningún caso convincente de hematemesis histérica, adoleciendo todos los que conozco de defectos de observación o de interpretación que les privan de valor probatorio.*

Expondré primero mi experiencia personal, ocupándome luego de la casuística y de la crítica ajenas. En ocho años de práctica neurológica, durante los cuales he concurrido incesantemente a clínicas y a consultas de la especialidad, y a pesar de haber visto y tratado centenares de histéricos, no he observado ni un solo caso de hematemesis histérica. Este hecho no prueba, en verdad, la no existencia de las hematemesis histéricas; pero sí demuestra, por lo menos, que en caso de que existan, deben ser extremadamente raras.

Siendo mi experiencia personal en este punto completamente negativa y concedido a este dato el valor que merece, veamos qué opinión podemos formar, fundándonos en un examen imparcial de la literatura, y a este objeto expondré los juicios formulados por los autores que disfrutaban de más justa nombradía y que recientemente se han ocupado de la materia, advirtiéndome que si me fijo en las publicaciones modernas, es porque las observaciones antiguas y las conclusiones de ellas deducidas no merecen por defectos de exploración, por exceso de buena fe o de parcialidad, y por el descuido de las más elementales precauciones para evitar supercherías, que se las conceda valor alguno.

Babinski (1), en diversas publicaciones, ha demostrado lo injustificadamente que se habían dilatado las fronteras del histerismo, atribuyéndola fenómenos que, o eran producto de la simulación, o eran debidos a otras afecciones. Según el sagaz clínico del Hospital de la Pitié, deben borrarse del cuadro del histerismo los llamados trastornos tróficos y circulatorios (tales como el dermatografismo, urticaria, edema, etcétera), así como las hemorragias sobrevenidas por diversas vías. Este punto fue uno de los discutidos en las dos sesio-

nes que el 9 de Abril y el 16 de Mayo de 1908 consagró al histerismo la Sociedad de Neurología de París (2), y ninguno de los neurólogos que tomaron parte en el debate, *Hallion, Pitres, Brissaud, Dupré, Raymond*, pudo presentar ningún caso positivo, cerrando la polémica *Babinski*, con la declaración de que ninguno de los presentes ni el mismo *Raymond* había contestado afirmativamente a la pregunta de si los trastornos circulatorios y tróficos podían ser provocados por la sugestión, carácter distintivo de los fenómenos histéricos según él.

Más estrecho aún que el concepto de *Babinski* sobre el histerismo es el de *Bernheim*. El profesor de Nancy ha expuesto en diversas publicaciones (3) su opinión, que consiste en dejar reducido el histerismo a las solas crisis convulsivas, realzando así con su alto prestigio científico un modo de pensar muy generalizado en el vulgo y aun entre los médicos. Fuera de las crisis convulsivas, los demás trastornos que se han atribuido al histerismo, son para *Bernheim* debidos a psiconeurosis distintas de aquél.

Binswanger (4), en su magistral *Tratado del histerismo*, dice al hablar de las hemorragias histéricas que no ha visto ningún caso de derrame sanguíneo por la piel, y se manifiesta muy escéptico respecto de los ejemplos publicados, sobre todo acerca de los de hemato-hidrosis, pues en ninguno de ellos puede excluirse seguramente la posibilidad de una influencia traumática voluntaria o involuntaria; admite la posibilidad de las hemorragias viscerales, *pero sin presentar ningún caso personal*, y termina recomendando la mayor cautela en la aceptación de las observaciones presentadas como pruebas, eliminando cuidadosamente toda posible afección orgánica así como la simulación.

Uno de los neurólogos de más alto renombre y de más extensa reputación, tanto clínica como didáctica, *Oppenheim* (5), expone en su *Tratado de las enfermedades nerviosas* una opinión muy prudente y razonada. Sin negar explícitamente las hemorragias histéricas, las considera a todas ellas,

y en especial a las gástricas, como sumamente raras; prueba de ello es que a pesar de su vastísima experiencia clínica no puede citar más que dos casos personales, los dos muy poco demostrativos, y ninguno de ellos referente a gastrorragias, pues en el uno tenía lugar el flujo sanguíneo por la mucosa pituitaria, y en el otro, del sexo femenino, por el aparato genital.

Esta es, pues, la opinión de los modernos neurólogos: o negativa terminante o dudas acerca de la realidad de las gastrorragias histéricas, sin que los que hoy aún afirman su existencia puedan aducir ni un solo ejemplo limpio de objeciones. Veamos ahora cual es el parecer de los gastropatólogos.

Boas, en su *Tratado de las enfermedades del estómago* (6), dedica un capítulo a las hemorragias gástricas, en el cual incluye una lista de las causas por orden de mayor a menor frecuencia, con exclusión de la úlcera y del cáncer del estómago; en esa lista, que consta de 13 términos, ocupan las hemorragias neurógenas en general, entre las que se cuentan las sobrevenidas en las crisis gástricas de la tabes y las histéricas, el penúltimo lugar; esto prueba su rareza, acentuada por *Boas* al no volver a ocuparse de ellas en el resto del capítulo, por no considerarlas de importancia práctica dada su escasísima frecuencia.

F. Ch. Roux (7) cree que las pretendidas hemorragias histéricas son sintomáticas de una úlcera en evolución en un individuo histérico, habiendo, por tanto, coexistencia de una lesión orgánica; tan sólo la llamada *pituita hemorrágica* debe considerarse como de origen histérico; pero esta forma de vómito sanguíneo presenta caracteres tan especiales que no merece el nombre de gastrorragia, pues consiste en la expulsión de materias líquidas, algo viscosas, de color de rosa, y constituídas por una gran cantidad de saliva débilmente teñida por algunos indicios de sangre, siendo lo más probable que esta sangre proceda de la boca y haya sido deglutida con la saliva.

En su *Tratado de las enfermedades del estómago* considera *Souppault* (8) errónea la significación que se asigna a las llamadas hematemesis histéricas, al atribuirles el carácter de trastornos vasomotores puramente neuropáticos. Él opina que el origen del síntoma es una ulceración gástrica, a menudo la úlcera redonda, y que el histerismo del sujeto sólo interviene como auxiliar, favoreciendo en virtud de las exageradas reacciones vasomotoras la salida de la sangre de los vasos en el punto lesionado.

En una discusión habida recientemente en el *Ateneo Médico-Farmacéutico Municipal de Madrid* (9) sobre las hematemesis histéricas, refirió *Galiana* dos casos por él así calificados, pero ninguno de los dos demuestran lo que el comunicante se proponía, pues éste no presenció el acto del vómito ni vió las substancias expelidas, apoyándose únicamente en el relato de las enfermas, y además la insuficiencia de las observaciones no permiten excluir la hipótesis de una lesión orgánica coincidente. Terciaron en el debate dos gastropatólogos de tan extensa experiencia como *González Campo* y *Yagüe*, y con algunas reservas el primero, y decididamente el segundo, se mostraron opuestos a admitir la realidad de las hematemesis histéricas, declarando ambos que no habían observado personalmente ningún caso.

Como síntesis de todo lo expuesto, formularé, pues, las siguientes conclusiones:

1.^a En cuanto a los hechos, no se conoce hasta ahora ningún caso bien probado de hematemesis histérica, pues todos los publicados despiertan sospechas de simulación o suscitan dudas respecto de su origen neurósico, porque no permiten descartar una lesión gástrica coexistente.

2.^a En cuanto a las opiniones, la mayoría de los especialistas en enfermedades nerviosas y del estómago, se muestran muy escépticos al hablar de las hemorragias gástricas histéricas; algunos las niegan en redondo, otros se manifiestan más reservados, pero ninguno presenta casos dotados de valor probatorio. La circunspección en los juicios es siempre

muy laudable, y más en asuntos tan oscuros como los relacionados con el histerismo, donde tanto nos falta por conocer, y por eso no puede negarse en absoluto la posibilidad de gastrorragias puramente histéricas; pero sí puede afirmarse que, hoy por hoy, falta la prueba experimental de tal suposición, y, por consiguiente, aun admitiendo la posibilidad, debe negarse la realidad del fenómeno hasta que hechos fidedignos nos demuestren lo contrario (*).

NOTA BIBLIOGRÁFICA

1.—Comunicación a la *Sociedad de Neurología de París*, sesión del 7 de Noviembre de 1901.—Discusiones sobre el histerismo en la Sociedad de Neurología de París. *Rev. Neurol.*, págs. 375 y 494, 1908.—Le demembrement de l'hystérie traditionnelle, *Sem. Med.*, núm. 1.º, 1909.

2.—*Rev. Neurol.*, núm. 88, 10, 1908.

3.—*Bulletin med.*, 8 Noviembre, 1902.—*Bulletin med.*, 2 Marzo 1907.—*Rev. medicale de l'Est.*, 1907 y 1908.—*Neurasthenies et Psychonevroses*, París, 1908.

4.—*Die Hysterie*, Viena, 1904, pág. 582.

5.—*Handbuch der Nervenkrankheiten*, 5.ª edición, Berlín, 1908, tomo II, página 1.243.

6.—*Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten*, 5.ª edición, Leipzig, 1907, tomo II, pág. 50.

7.—*Maladies de l'estomac in Manuel des Maladies du Tube digestif* de Debove, Achard y Castaigne.—Tomo I, pág. 419. París, 1907.

8.—*Traité des Maladies de l'estomac*. París, 1906, pág. 244.

9.—*Siglo Médico*, núms. 2.899 y 2.901, 1909.

(*) *Revista Clínica de Madrid*, II, pág. 144, 1909.

XII

DISNEA PAROXÍSTICA HISTÉRICA

El histerismo, gran simulador de todas las enfermedades, según la tan repetida frase de Sydenham (1)*, presenta con frecuencia síntomas y síndromes que por su semejanza con los de diversas afecciones viscerales pueden fácilmente inducir a error, y que por lo mismo interesa mucho conocer en todos sus rasgos distintivos, puesto que en tales casos la equivocación en el diagnóstico trae como consecuencia lamentables inexactitudes en el pronóstico, y no menos graves extravíos en el tratamiento. Debe, en efecto, evitarse a todo trance la producción de una falsa alarma en el seno de una familia, atribuyendo mala significación pronóstica a fenómenos puramente funcionales, susceptibles de desaparecer rápidamente sin dejar huella morbosa alguna, y con no menos cuidado debe huirse en esas circunstancias de toda intervención atrevida que envuelva algún riesgo o simplemente algún perjuicio o seria molestia para el enfermo, y que, justificada si la vida de éste corriera peligro, no lo está en modo alguno cuando todos los trastornos pueden cesar con una terapéutica psíquica acertadamente dirigida. El caso clínico que

(*) Véase la nota bibliográfica al final del capítulo.

voy a referir es un fehaciente ejemplo de la posible confusión de la alteración puramente histérica de una función de la vida vegetativa con los graves trastornos orgánicos materiales de la misma, que por su intensidad y persistencia parecen amenazar la vida del sujeto.

Trátase de una mujer de veinte años, soltera, natural de un pueblo de la provincia de Cuenca; su padre padece una afección del aparato respiratorio, que se traduce por intensos accesos de disnea, no pudiendo estar en una atmósfera con polvo, porque la aspiración de éste le produce paroxismos de sofocación; no se encuentran en la anamnesis de esta enferma otros antecedentes de interés, pero el que acabo de consignar lo tiene muy grande para explicarse el determinismo de la dolencia actual. La enferma ha padecido en su infancia, hasta los nueve años, eczema seborreico del cuero cabelludo, habiendo tenido también sarampión, y, con bastante frecuencia, anginas catarrales.

Enfermedad actual.—Comenzó en 1.º de Junio de 1912 con un cuadro complejo, en el que figuraban dolor en los costados, dificultad para respirar, tos quintosa, después de la cual la fatiga aumentaba considerablemente, expectoración sanguinolenta y fiebre; pasó en cama dos meses, y todos estos síntomas fueron desapareciendo sucesivamente, pero persistieron grandes accesos de fatiga, que han continuado hasta la época presente; después de una larga permanencia en un hospital se atenuaron algo estos accesos, pero habiendo regresado a su pueblo se exacerbaron de nuevo considerablemente. Además de estas crisis de fatiga y asociándose a ellas, pero no constantemente, ha sufrido ataques de pérdida de conocimiento, durante los cuales pronuncia palabras incoherentes, pero no cae al suelo, ni tiene convulsiones, ni gesticula, ni se muerde la lengua, ni hay emisión involuntaria de orina. Se presentó en mi consulta de enfermedades nerviosas y mentales del Instituto de la Encarnación el 12 de Diciembre de 1913.

Estado actual.—Es una muchacha robusta, en excelente

estado de nutrición, bien proporcionada de estatura y de carnes, de desarrollo físico normal, siendo el color del rostro animado, sano, sin palidez ni cianosis. Fuera de los accesos disneicos que más adelante describiré, no se advierte en ella anomalía alguna en las funciones vegetativas, siendo en especial perfectamente normal el funcionamiento de los aparatos respiratorio, circulatorio y urinario. En las funciones de la vida de relación sólo se aprecian como trastornos dignos de mencionarse la existencia de algunos ligeros tics faciales y cefálicos consistentes en la brusca oclusión palpebral, frecuentemente repetida, en la desviación lateral de la comisura bucal (indiferentemente hacia uno y otro lado) y en la inclinación también lateral de la cabeza, de preferencia hacia la derecha; como fenómeno que pueda calificarse de estigma histérico, sólo se observa la abolición del reflejo faríngeo.

Los *accesos disneicos* sobrevienen con irregularidad, cada dos o tres días, o más de tarde en tarde, cada ocho o diez; tienen apariencia de espontáneos, pues muchas veces no existe causa a qué poder atribuir su provocación, y especialmente parecen ajenos a las emociones; pero en algunos casos ejercen influencia en su génesis los ejercicios físicos, como el andar de prisa, etc., semejándose en esto a los paroxismos de disnea orgánica de esfuerzo (pero a continuación se verá que sus caracteres son muy distintos de ésta); duran varias horas, y como tuve ocasión de observar personalmente uno de ellos, puedo referir detallada y exactamente todas las particularidades de los mismos; durante la crisis la enferma respira acelerada y laboriosamente, siendo 60 el número de movimientos respiratorios por minuto, y poniendo en juego ostensiblemente los músculos suplementarios de la respiración, tanto inspiratorios como espiratorios; las inspiraciones se producen, pues, con exagerada intensidad, y engendran un ruido audible a distancia, parecido al estridor laríngeo o traqueal de las estenosis de las vías aéreas superiores, pero menos intenso y de timbre más suave; el rostro permanece natural, con expresión tranquila, sin el menor asomo de ansie-

dad ni de angustia, y también sin cambio de coloración, sin cianosis ni palidez, permaneciendo las alas de la nariz inmóviles, sin el aleteo propio de los estados disneicos violentos; tampoco se advertía la excursión laríngea en sentido vertical que tiene lugar en las estenosis altas de las vías aéreas. Una particularidad muy interesante es que la enferma ejecutaba rítmica y alternativamente con los hombros movimientos de elevación y depresión y de propulsión y retroceso, no simultáneamente con ambos, sino alternando los del derecho y los del izquierdo, como si con ellos tratara de reforzar el acto respiratorio; al mismo tiempo se exageraban los tics faciales, que según he dicho ya habitualmente presentaba la enferma, haciéndose más frecuentes, extensos y enérgicos los bruscos movimientos de las comisuras bucales, párpados, frente, etc. Ausculté y percutí detenidamente a la enferma durante el acceso, y nada anormal advertí, salvo la natural exageración del murmullo vesicular, pero sin sibilancias, ronquidos, estertores ni ningún otro ruido adventicio, y no existiendo tampoco modificación alguna patológica de los fenómenos acústicos normales; se advertía también una ligera hipersonancia pulmonar y nada más por percusión; el pulso estaba algo acelerado, contándose 100 pulsaciones por minuto, y conservaba normales todos sus demás caracteres. Un dato de extraordinaria importancia para el diagnóstico es el siguiente: la enferma podía, durante el acceso, hablar con toda facilidad y descansadamente sin que tan formidable disnea perturbara en lo más mínimo la emisión de la palabra; lejos de ser ésta breve y entrecortada, como ocurre en las disneas orgánicas, las cuales se exageran por los intentos de elocución, en este caso la paciente podía hablar largo rato sin experimentar molestia alguna, y mientras hablaba, el número de respiraciones descendía a la cifra normal, 16 por minuto; también podía contar seguido desde el uno hasta el doce sin tomar aliento.

El distinguido laringólogo, Dr. Casadesús, practicó, *durante un acceso*, el examen laringoscópico, y según nota que tuvo la amabilidad de remitirme, no encontró nada anormal.

Sólo durante una semana estuvo sometida a mi observación la enferma, no pudiendo en tan breve plazo, por completo empleado en las investigaciones diagnósticas, desarrollar la totalidad del plan terapéutico, que hubiera consistido principalmente en sugestión vigil encaminada a disciplinar los movimientos respiratorios, en electroterapia (franklinización) e hidroterapia; pero la enferma deseaba marcharse en seguida a su pueblo natal en donde no había medio de poner en práctica dicho tratamiento, por lo que hube de limitarme a prescribirla unas fórmulas de valeriana y de belladona y a la expresión de algunos consejos psicoterápicos, bien comprendidos por la enferma, que es muy inteligente y se halla perfectamente convencida del carácter funcional, neurósico de su padecimiento; pero que dudo mucho que sean fielmente seguidos, lejos de la influencia del médico y en un ambiente de tan escasa cultura como es una aldea.

El diagnóstico de la perturbación respiratoria que esta enferma sufre, debe hacerse por exclusión y directamente, y digo en primer término por exclusión, porque la imperiosa exigencia de un tratamiento enérgico, si la disnea fuera debida a una causa orgánica, obliga a pensar en todos los motivos materiales que pudieran originarla, antes de considerarla como funcional, es decir, que hay que agotar todas las posibilidades patogénicas antes de admitir el diagnóstico de disnea histérica. Minuciosa y repetidamente examinada la enferma, y no sólo por mí, sino también por un competentísimo especialista en laringología, el Dr. Casadesús, hubieron de eliminarse todas las causas de disnea accesional, radicales en las vías aéreas superiores, bronquios, pulmones, pleura, aparato circulatorio, riñón, etc., así como las consistentes en trastornos irritativos o paráliticos del sistema nervioso, tanto central como periférico, y por estas eliminaciones sucesivas llegóse a la conclusión de que los paroxismos disneicos sólo podían ser de naturaleza neurósica.

El diagnóstico directo es también muy evidente, pues para convencerse de que se trata de crisis disneicas histéri-

cas, basta fijarse en la expresión tranquila y natural del rostro de la enferma durante el acceso, así como en la normalidad en el curso del mismo de los fenómenos de auscultación y de percusión, y, sobre todo, en la constante suspensión del trastorno respiratorio tan pronto como la enferma habla, sin que la fonación resulte nunca en lo más mínimo perturbada.

En cuanto a la génesis de los paroxismos de fatiga, creo que en ella han intervenido la autosugestión y la imitación, tan activas en las histéricas, combinadas del modo siguiente: la enferma debió tener en los comienzos de su mal una afección inflamatoria del aparato respiratorio, neumonía o bronconeumonía, o congestión pulmonar, etc., que produjo la consiguiente dificultad respiratoria; y unida esta sensación de fatiga que la paciente experimentaba al recuerdo de los accesos disneicos que padece su padre crearon en su mente una representación morbosa, objetivada del modo exagerado y plástico propio de los sujetos histéricos.

La disnea, taquipnea o asma histérico, se conoce desde hace ya bastante tiempo, y figura descrita en las obras clásicas que del histerismo se ocupan. Según Briquet (2), lo que llama asma histérico sucede generalmente a otro accidente de la misma neurosis, como la paraplejia, por ejemplo, y en sí mismo no se distingue del asma debido a afecciones orgánicas. Charcot (citado por Gilles de la Tourette y Gasne 3), señala la extraordinaria elevación del número de respiraciones por minuto, que pasan a veces de 160 (170 en un caso de Soca, 4), sin que exista ansiedad ni cianosis, ni taquicardia, ni cambio en los ruidos que se perciben por auscultación. Cree Charcot que se debe llamar taquipnea mejor que disnea; pero como en algunos casos, cual el que he historiado, la respiración no sólo es acelerada, sino también forzada, parece legítima la última de las denominaciones citadas.

Binswanger (5) afirma que en ocasiones hay sensación subjetiva de sed de aire, con sofocación y ansiedad, pero sin cianosis, constituyendo el hecho esencial el ser la respira-

ción acelerada y laboriosa. Este mismo autor denomina asma histérico a la disnea acompañada de algunos estertores y sibilancias con disminución del murmullo vesicular y ligera cianosis, existiendo espasmo, no sólo de las cuerdas vocales, sino también de la musculatura bronquial; como se ve, es muy difícil la distinción de este asma histérico de Binswanger, del verdadero asma esencial.

Gilles de la Tourette (6), en su voluminosa obra sobre el histerismo describe muy exactamente los accesos disneicos, también estudiados por Weir Mitchell (7). Para Ormerod (8) la disnea histérica sería una taquipnea con respiración frecuente y laboriosa, sin cianosis ni síntomas de auscultación; caracteres análogos la asignan Fleury (9) y Crouzon (10), haciendo notar éste que no perturba el sueño y que cesa durante el mismo.

Por último, una exacta y muy completa descripción de la disnea, así como de los demás trastornos respiratorios histéricos, pero que nada fundamental añade a lo ya dicho, se encuentra en el volumen que sobre *semiología del sistema nervioso* ha escrito Déjerine (11) en el *Tratado de Patología general* de Bouchard.

NOTA BIBLIOGRAFICA

- 1.—SYDENHAM: *Disertaciones epistolares; Epístola a Guillermo Cole*, 1681.
- 2.—BRIQUET: *Traité de l'Histérie, clinique et thérapeutique*. París, 1859.
- 3.—GILLES DE LA TOURETTE Y GASNE: art. *Hystérie*, in *Traité de Medecine* de Brouardel y Gilbert. Tomo X, pág. 372. París, 1902.
- 4.—SOCA: *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898.
- 5.—BINSWANGER: *Die Hysterie*, pág. 545. Viena, 1904.
- 6.—GILLES DE LA TOURETTE: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. París, 1891-1895.
- 7.—WEIR MITCHELL: *Lectures on Diseases of the Nervous System, especially in Women*. Filadelfia, 1885.

-
- 8.—ORMEROD: art. *Hysteria*, in *System of Medicine* de Clifford Allbutt y Rolleston, 2.^a edición, vol. VIII, pág. 709. Londres, 1910.
 - 9.—FLEURY: *Manuel pour l'étude des maladies du Système nerveux*, página 812. París, 1904.
 - 10.—CROUZON: art. *Troubles respiratoires* in *Pratique Neurologique* de P. Marie, pág. 940. París, 1911.
 - 11.—DÉJERINE: *Semeiologie du système nerveux* in *Traité de Pathologie générale* de Bouchard. Tomo V, págs. 1.027 y siguientes. París, 1901.
-

XIII

UN CASO DE NARCOLEPSIA HISTÉRICA

Publico este caso como ejemplo típico de una manifestación del histerismo, no extraordinariamente rara, pues figura bien descrita en todas las obras clásicas que de dicha psiconeurosis se ocupan, pero sí poco frecuente, y sobre todo muy interesante por sus caracteres sintomáticos. Muy legítimamente se han ido cercenando en estos últimos tiempos al histerismo los amplios dominios que exageradamente le había concedido una escuela demasiado parcial y exclusivista; la reacción vigorosamente guiada por Babinski, que ha fijado una fórmula diferencial sobrado escueta, pero valiosa por haber permitido la rectificación de pasados errores, esa reacción que acaso peque de apasionada, pero que no por ello deja de ser estimable, ha reducido a proporciones más exactas el cuadro del histerismo, demostrando que muchos de los estados que antes se consideraban como histéricos, o eran simulaciones y supercherías, o reconocían como causa afecciones orgánicas más o menos disimuladas y desfiguradas por la adición de síntomas neuróticos; los llamados trastornos viscerales y tróficos del histerismo especialmente, han sido objeto de una severa y minuciosa crítica, habiéndose llegado a la convicción, mantenida casi unánimemente por todos los neuropatólogos contemporáneos, de que tales pertur-

baciones no existen como expresión del histerismo puro y simple, sino que son producto de la simulación o de alguna enfermedad asociada; hoy no se admite la existencia de la gangrena histérica, ni de las hemoptisis o hematemesis histéricas, ni de la anuria histérica, pues no se conoce ni un solo caso suficientemente probatorio de esos fenómenos, y en todos los que se han alegado como tales, una observación vigilante y prolongada ha descubierto, o la superchería o la lesión orgánica concomitante.

Pero aun descartados del histerismo muchos fenómenos morbosos o pseudomorbosos que gratuitamente se le imputaron y que en realidad no le pertenecían, aún comprende una extraordinaria variedad de manifestaciones tan abigarradas y multiformes, que su conocimiento resulta confuso para todo el que no tenga hábito de ver muchos enfermos de esta clase, y como las descripciones teóricas de los libros, por atenerse a los rasgos generales, resultan por lo común tan imprecisas y esquemáticas que no permiten el reconocimiento en cada caso particular de los tipos didácticos, es conveniente la publicación de ejemplos prácticos relativos a los más salientes síndromes histéricos para suplir las inevitables deficiencias de las definiciones clásicas.

El caso que voy a referir pertenece a una de las más curiosas manifestaciones del histerismo, tan extraña en su expresión clínica, que en otros tiempos se le atribuyó un carácter sobrenatural y actualmente ha dado lugar a ingeniosas hipótesis explicativas, por desgracia no lo bastante sólidas, y a descripciones tan raras que al leerlas se llega a dudar de su verosimilitud; pero que no se trata de exageraciones de los autores, sino de sorprendentes peculiaridades de los estados histéricos, lo demuestra, entre otros muchos casos análogos, el que a continuación transcribo.

F. B., de veinticuatro años, de un pueblo de la provincia de Palencia, soltera, refiere que no ha conocido a sus padres, habiéndose educado en un convento e ignorando todo lo relativo a su familia; primera circunstancia extraña de considerable transcendencia etiológica y que encontrará aplicación al explicar la génesis de la afección, es esta de la educación en completo aislamiento del medio familiar y sin tener la menor noticia de sus padres ni de ningún otro pariente.

Asegura que ha disfrutado siempre de buena salud, pues no recuerda haber padecido ninguna enfermedad de importancia, pero ha sido siempre muy nerviosa, fácilmente impresionable y muy sensible a los reproches y castigos. La menofania tuvo lugar a los trece años; el período menstrual ha sido siempre muy escaso y muy doloroso, retrasándose habitualmente varios días; ha tenido, además, leucorrea, y durante su estancia en el convento sufrió varias crisis características de tipo histérico, a juzgar por las particularidades de las mismas que recuerda y que me ha referido.

Enfermedad actual.—Comenzó aparentemente, al menos en la fase que en la actualidad presenta y que la obliga a solicitar asistencia facultativa, en Mayo de 1910, según dice, a consecuencia de grandes disgustos, amorosos probablemente, aunque en este punto es muy poco explícita; consistieron los primeros síntomas en sensación de vértigo casi continuo con flojedad general e inapetencia, tristeza, angustia, opresión torácica, inquietud, deseos continuos de llorar; sobre este fondo afectivo intensamente triste, se destacaban accesos durante los cuales conservaba la conciencia, pero se quedaba sin fuerzas, incapaz de hacer el más ligero movimiento, con obscurecimiento de la vista, como desmayada. Duraban estos ataques de un cuarto de hora a media hora.

En Enero de 1911 estos accesos cambiaron de aspecto, convirtiéndose en crisis de sueño cada vez más largas y mejor caracterizadas hasta revestir el tipo que actualmente presentan; estas crisis sobrevienen a hora fija, a las diez de la mañana y a la una de la tarde, y duran dos horas; comien-

zan bruscamente al llegar su hora y sorprenden a la enferma en cualquier ocupación a que esté entregada obligándola a suspenderla en el acto; si se encuentra trabajando en su oficio de bordadora deja la labor, para reanudarla al despertar al cabo de dos horas; si está en pie se queda así dormida, sin caer al suelo; durante este sueño anormal tiene ensueños que forman una serie continua y muy bien conexionada representando escenas de su vida pasada que reproducen con gran fidelidad en los detalles; al despertar recuerda perfectamente cuanto ha soñado y lo enlaza con los temas predominantes de su pensamiento. Aunque los accesos de sueño duran por lo común, según ya he indicado, dos horas, algunas veces se prolongan más y ocupan casi todo el día, interrumpidos sólo por algunos intervalos de vigilia.

Comienzan los susodichos accesos, como he indicado, de una manera rápida, pero van precedidos de una breve sensación de laxitud y desvanecimiento del mundo exterior que precede inmediatamente a la pérdida de la conciencia.

Se presentó en la consulta de enfermedades nerviosas y mentales de la Policlínica del Refugio el 16 de Junio de 1911.

Estado actual.—Mediano estado de nutrición, delgadez muy acentuada, palidez, facciones marchitas. Apetito irregular, estreñimiento habitual; palpitaciones y opresión precordial provocadas por leves emociones. Orina muy abundante y clara, con micciones frecuentes. *Estigmas histericos:* zonas hiperálgicas en el vertex cefálico, en la región precordial y en las inguinales, abolición del reflejo faríngeo. La sensibilidad se encuentra en estado normal, así como las pupilas y sus reflejos y el campo visual. Su faz y su aspecto general expresan tristeza y apatía, con indiferencia y escasez de reacciones psíquicas.

Artificialmente, valiéndome de prácticas hipnóticas la hice dormir por espacio de varios minutos, durante los cuales soñó, según nos refirió después, que salía de su obrador y tomaba el tranvía para irse a su casa; mientras estaba dormida su aspecto era el del sueño normal, sin que se advirtie-

ra ningún fenómeno espasmódico, y al despertar lo hacía también con toda naturalidad.

Ni la sugestión vigil ni la hipnótica, ni los preparados de valeriana, ni la hidroterapia, en forma de aplicaciones de sábana húmeda, ejercieron modificación notable en su estado, y después de unas tres semanas de observación la perdí de vista, no habiendo vuelto a tener noticias de ella.

* * *

El diagnóstico de narcolepsia histérica se funda en este caso, en primer término, en los caracteres mismos del estado anormal y en la ausencia de síntomas de otras afecciones neurósicas y psicopáticas que dan también lugar a fenómenos narcolépticos, y además en la etiología emotiva, en el estado mental de la enferma, en la existencia de estigmas histéricos y en los antecedentes de crisis convulsivas de la misma naturaleza.

Algunos puntos de la precedente historia ofrecen interés bastante para que esté justificado el insistir sobre ellos. En primer término, la educación de la enferma en una atmósfera de mística idealidad, ciertamente digna de toda veneración, pero susceptible de exaltar la mente de los sujetos que ofrecen tendencias neurósicas, y la privación completa de los afectos y lazos familiares, que indudablemente hubieron de producir en la esfera sentimental de la paciente un vacío, o por lo menos, un enrarecimiento de afectos naturales que sólo artificialmente podían ser sustituidos, contribuyeron a desviar del cauce normal el desarrollo psíquico de esta enferma, acaso también predispuesta al desequilibrio mental por una herencia cuyas particularidades se ignoran.

Tenemos, pues, en los antecedentes de la enferma, motivos muy suficientes para explicarse la génesis del trastorno psiconeurósico que padece; esto en lo que a la etiología re-

mota respecta, pues en la próxima parecen haber desempeñado un papel muy importante los factores emotivos, siendo este caso un ejemplo más de la transcendental influencia que en la patogenia de los accidentes psiconeuróticos ejercen las emociones, aunque autores de tan alto prestigio como Babinski (*Sociedades de Neurología y de Psiquiatría*, de París, reunión anual Diciembre 1909, Marzo 1910; ref. en *Revue Neurologique*, II, pág. 1.595, 1909), la hayan negado; pero esta opinión no ha prevalecido, pues frente a ella se alzan numerosas observaciones que prueban lo contrario.

Otro detalle que considero de mucho interés, y por ello me permito llamar la atención sobre él, es la transición que tuvo lugar entre las crisis convulsivas típicamente histéricas que antes padecía la enferma, y los accesos de sueño que actualmente presenta; a juzgar por los datos recogidos la sustitución de unos accidentes por otros se hizo por metamorfosis gradual de sus caracteres, de suerte que no sólo permite afirmar la naturaleza genuinamente histérica de los actuales ataques de sueño, sino que también autoriza a considerarlos como un equivalente de la crisis convulsiva, como una exageración de la fase terminal de ésta o período de sueño que figura en la descripción clásica de la misma, a expensas de las demás fases del ataque que han quedado suprimidas. El onirismo dominante durante el sueño patológico, es también otro dato favorable al calificativo de histérico que le hemos aplicado.

Finalmente, y como contraste con el caso que he historiado, resumiré otro de letargia epiléptica recientemente publicado por Galcerán (*Archivos de psiquiatría y de criminología*, página 595, Septiembre-Octubre 1910). Se trataba de un hombre de diecisiete años que había tenido convulsiones en la primera infancia y paludismo que había cedido a la quinina; seis meses antes de la fecha de la observación presentó astenia tan intensa que le obligó al reposo absoluto; después sobrevinieron accesos de letargia, primero cortos, y luego cada vez más duraderos; los accesos comenzaban con intensa sen-

sación de fatiga, artralgias y mialgias, confusión de ideas y un sueño invencible, tan profundo que llegaba a revestir los caracteres del coma; si se conseguía despertarle mediante excitaciones, no se daba cuenta de su estado, y volvía a caer en el mismo sopor, que duraba de una a tres horas; se despertaba sumamente cansado y con violento dolor de cabeza; el autor elimina la nefritis, diabetes, uremia, intoxicaciones, neoplasias cerebrales y tripanosomiasis como causas posibles de los accesos de sueño, y discute el diagnóstico de histerismo y de epilepsia, decidiéndose por el último en atención a los caracteres de las crisis, a los fenómenos consecutivos y al antecedente de las convulsiones padecidas en la infancia; le administró el bromuro a dosis altas, y a los tres meses cesaron los accesos de letargia, no habiendo vuelto a presentarse en el año y medio transcurrido hasta que se publicó la observación.

Son tan obvias las diferencias entre este caso y el que yo he historiado, tanto en lo referente a los caracteres de los ataques de sueño como en lo relativo a las demás circunstancias de los respectivos sujetos, que juzgo superfluo insistir en ellas (*).

(*) *Siglo Médico*, LIX, pág. 765, 1912.

XIV

COREA HISTÉRICO Y PSICOSIS AGUDA MORTAL

El corea histérico se conoce lo suficientemente bien para que sea, en la mayoría de los casos, empresa fácil su diagnóstico, y especialmente sus caracteres distintivos con las demás formas de corea, sobre todo con el corea menor, de Sydenham, o infeccioso, son lo bastante numerosos y claros para hacer poco probable su confusión. Sin embargo, surgen en ocasiones particularidades evolutivas que hacen vacilar el ánimo y que obligan a volver sobre un diagnóstico que parecía plenamente probado para aquilatarle e investigar toda causa posible de error. En el caso que voy a referir, la presentación en el curso de un corea de caracteres netamente histéricos, de una psicosis que terminó rápidamente con la vida de la enferma, hizo pensar en la posibilidad de la existencia de un íntimo nexo causal entre la psicopatía aguda y el trastorno motor crónico, y en que acaso no fuera éste puramente funcional, sino orgánico; no creo que sea exacta esta hipótesis, al contrario, como se verá por las consideraciones que expondré a continuación de la historia clínica, creo perfectamente legítimo el diagnóstico de corea histérico, y opino que la psicosis que puso fin a la vida de la enferma fue

de naturaleza distinta; pero de todas suertes me ha parecido interesante la publicación de este caso como ejemplo de evolución nada común de un corea complicado que pudiera por sus mismas particularidades evolutivas engendrar dudas acerca de su diagnóstico.

* * *

J. M. F., de treinta y ocho años, natural de un pueblo de la provincia de Madrid, refiere que su padre murió a consecuencia de un ataque cerebral, careciendo de todo otro antecedente familiar neuropático.

Ella aseguraba haber disfrutado siempre de buena salud. Fue mujer a los dieciséis años, y desde entonces ha menstruado con regularidad.

Enfermedad actual.—Cuando tenía nueve años, yendo una noche por una calle de su pueblo, sufrió una emoción violenta, pues le salió al encuentro un perro muy grande, que ella tomó por un lobo, llegando a su casa en un estado de viva inquietud; se acostó, y a la mañana siguiente se levantó presa de una intensa agitación motora, experimentando fuertes y bruscas sacudidas que la doblaban el cuerpo por la cintura, y haciendo también gestos extraños con la cara. Estos movimientos involuntarios eran continuos durante el período de vigilia, no cesando más que con el sueño, aunque su intensidad variaba, y se caracterizaban por ser monótonas repeticiones de un corto número de actos; como las peculiaridades de estos movimientos han sido siempre las mismas que ofrecían cuando se sometió a mi observación, me reservo su descripción detallada para cuando me ocupe del estado actual, limitándome ahora a consignar que dichos movimientos han persistido sin interrupción y sin modificación esencial en sus caracteres durante veintinueve años.

La enferma padece también accesos convulsivos, sobreviniendo generalmente uno cada mes; estos accesos consis-

ten en convulsiones con pérdida de conocimiento, sin mordedura de la lengua ni micción involuntaria, y duran una hora u hora y media. Ingresó en el Hospital de Jesús Nazareno el 4 de Abril de 1911.

Estado actual (fecha *ut supra*).—Mediano estado de nutrición, delgadez acentuada, escaso desarrollo físico, siendo de baja estatura y de aspecto enteco. Normalidad en las funciones digestivas, respiratorias, circulatorias y del aparato urinario.

Sistema nervioso.—Movimientos involuntarios muy intensos, extensos, rápidos y perfectamente rítmicos, consistentes en la alternada sucesión de la flexión y extensión del tronco como si saludara, en la rotación de la cabeza como si hiciera exagerados signos de negación, y también en la ejecución alternada de movimientos de elevación y depresión o de flexión y de extensión de un miembro torácico o abdominal, realizados siempre con perfecta y uniforme regularidad. Estas series de movimientos alternativos se suceden unas a otras; después, por ejemplo, de estar varios minutos ejecutando los movimientos de flexión y de extensión del tronco, los substituye por los de rotación de la cabeza o por los de elevación y depresión de los brazos; pero los tipos de movimientos son siempre los mismos, no pasando, en conjunto, de cinco o seis; y dentro de cada uno los factores que le constituyen son siempre uniformes y estereotipados, ostentando con perfecta claridad el carácter rítmico.

A pesar de la intensidad de estos movimientos involuntarios no perturban la ejecución de los voluntarios, pudiendo la enferma andar, comer, vestirse, etc., perfectamente sin ayuda ajena.

Estuvo la enferma en el Hospital dos meses, y durante este tiempo no se advirtió ninguna modificación notable en los movimientos que acabo de describir; su intensidad variaba de un día a otro, pero se mostraron rebeldes a los diversos medios terapéuticos ensayados (bromuros, valeriana, hioscina, sugestión). El reflejo faríngeo estaba abolido.

A fines de Mayo se notó un rápido cambio en el estado mental de la enferma; habiendo sido siempre de carácter brusco e irascible, pero comunicativa, se tornó huraña, rehu- yendo el trato con las demás enfermas y esquivando las con- versaciones; a los pocos días aparecieron los síntomas típicos de un estado de manía furiosa, con violenta agitación motora, pero no rítmica, sino desordenada, prorrumpiendo en injurias contra los que se acercaban a ella, pretendiendo agredirlos, tratando también de rasgar sus vestidos y de romper los ob- jetos que encontraba a su alcance; estaba insomne, y se ne- gaba a tomar alimentos; en cuanto a los movimientos corei- cos, cesaron cuando apareció el trastorno mental. Fue trans- portada a un Manicomio, muriendo allí en los primeros días de Junio; no tengo noticias de que se hubiera practicado la autopsia.

* * *

Los trastornos hiperquinésicos que durante veintinueve años padeció esta enferma reproducían fielmente los caracte- res propios del llamado corea histérico; su cualidad funda- mental era, en efecto, la de ser rítmicos y rigurosamente al- ternados, imitando ciertos movimientos intencionales, como el saludo, los signos de negación, etc.; si a este carácter fun- damental de la ritmicidad se agrega el origen emocional, pues aparecieron a consecuencia de un traumatismo psíquico, y su coincidencia con estigmas histéricos, y con accesos convul- sivos de la misma naturaleza, tenemos motivos suficientes para poder calificar de corea rítmico histérico al padecimiento de esta enferma. En el diagnóstico diferencial sólo deberán tenerse en cuenta el corea de Sydenham en su forma crónica (que es extraordinariamente rara) y el corea crónico propia- mente dicho, que ofrece varios tipos, siendo el único bas- tante bien conocido el denominado corea crónico progresivo o de Huntington; del corea de Sydenham se distingue el de

esta enferma por la carencia de antecedentes infecciosos en sus comienzos y por los caracteres del trastorno motor, y del corea de Huntington por esta misma razón y por la falta, durante veintinueve años, de fenómenos demenciales progresivos, siendo la perturbación mental que padeció la enferma en los últimos días de su vida muy diferente de los síntomas psíquicos del corea de Huntington.

Réstanos interpretar la naturaleza de la psicopatía que acabó rápidamente con la existencia de la enferma; desde luego, dada su agudísima evolución y su gravedad suma, pues determinó la muerte en pocos días, me parece inaceptable la hipótesis de una alteración puramente funcional; no es posible imputar al histerismo un trastorno mental tan brusco, tan hondo y tan prontamente mortal, tanto más, cuanto que no hubo ningún motivo de orden psíquico que explicara su producción; aunque por carecer de datos necrópsicos y no habiendo podido observar a la enferma en los últimos días de su vida, sólo conjeturas puedo aventurar, la opinión que me parece más verosímil es la de considerar a dicha perturbación mental como expresión de una psicosis infecciosa. Los movimientos coreicos desaparecieron al presentarse los síntomas psicopáticos; pero esta coincidencia no debe extrañarnos, ni tampoco nos autoriza para suponer un enlace patogénico entre aquéllos y éstos, pues es bien sabido que las manifestaciones histéricas suelen cesar cuando sobrevienen enfermedades orgánicas graves (fiebres, infecciones, etc.).

* * *

El corea rítmico histérico se halla muy bien descrito en los tratados didácticos y en varias excelentes monografías al estudio de este trastorno consagradas. Hace pocos meses ha publicado Waddenburg (*Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Bd. 28, II. 3-4, 1910) un trabajo interesantísimo,

en el que hace un examen comparado muy completo del corea infeccioso y del histérico, señalando como caracteres propios de éste su origen a consecuencia de un traumatismo físico o moral, la sucesión rítmica y la estereotipia de los movimientos, la acentuación de éstos cuando el enfermo se siente observado, su modificación por la presión sobre las zonas histerógenas y la ejecución de movimientos voluntarios, y su coincidencia con estigmas y accidentes histéricos, así como con el estado mental propio de estos pacientes.

Otro punto muy interesante y que en la actualidad es objeto de asiduo estudio, es el de los trastornos psíquicos en el corea. Runge (*Archiv für Psychiatrie*, Bd. 46, H-2, 1909), en un trabajo muy bien documentado considera como alteraciones mentales predominantes en los coreicos la inestabilidad del tono afectivo, la irritabilidad, la angustia y las alucinaciones visuales y cenestésicas; en algunos casos se observan síntomas psicopáticos histéricos y epilépticos, o psicosis graves, como delirio infeccioso y amencia.

Roppel (*Münchener medizinische Wochenschrift*, núm. 10, 1905) señala también la existencia en el corea menor de síntomas psíquicos consistentes en hiperexcitabilidad afectiva, variaciones bruscas del estado de ánimo y en ocasiones confusión mental delirante, y psicosis alucinatoria con evolución demencial.

Bethge, en su tesis doctoral (*Ueber psychische Störungen bei Sydenhamschen Chorea*, Kiel, 1909), admitiendo la etiología netamente infecciosa del corea de Sydenham, indica la presentación en el curso del mismo de la confusión mental alucinatoria.

Volpi-Ghirardini (*Giornale de Psichiatria clinica*, volumen XXXV, fasc. IV, 1907), refiere el caso de una mujer de cincuenta y siete años, con corea, sin antecedentes infecciosos, en mal estado de nutrición, que padeció amencia durante seis semanas, curando ésta a la vez que mejoraba el estado general. Merzbacher (*Fahresbericht über Neurologie und Psychiatrie*, de Jacobsonh, vol. XII, pág. 1.046, 1909)

al analizar este caso cree que debía tratarse de corea histérico.

La psicosis que causó la muerte de mi enferma ofrece puntos de semejanza con algunos de los estados psicopáticos mencionados por los autores que acabo de citar, especialmente con los delirios infecciosos señalados por Runge; pero lo que presta singular interés a mi caso es la producción de una psicosis mortal en el curso de un corea inveterado netamente histérico por sus caracteres intrínsecos, por las circunstancias que le originaron y por los síntomas concomitantes (*).

(*) *España Médica*, II, núm. 49, pág. 12, 1912.

SOBRE LAS PSICOSIS HISTÉRICAS

No me propongo abarcar, en toda su vasta amplitud, el complejo problema de las relaciones entre el histerismo y la locura, pues tal intento, que requiere las holguras de un libro, y libro voluminoso, es incompatible con la reducida extensión de un artículo; mi propósito no es otro que el de esbozar, en sus líneas fundamentales, el concepto actual de las llamadas psicosis histéricas, apoyándome en la opinión de varios de los más autorizados escritores contemporáneos, y aportando al tema una modestísima contribución personal, con la descripción de un caso clínico que me parece digno de ser conocido.

Hoy se considera al histerismo como de patogenia esencialmente psíquica, se tiene al estado mental como lo más importante en los procesos histéricos, se reconoce que en éstos los síntomas psicopáticos son sumamente frecuentes y de gran transcendencia, se sabe, además, que de un síndrome puro y genuinamente histérico se puede pasar fácilmente y por transición insensible a una psicosis perfectamente caracterizada, y, sin embargo, a pesar de todo esto, se establece una radical separación entre el histerismo, neurosis o psico-neurosis y las psicopatías propiamente dichas, siendo esta se-

paración muy justa y muy legítima, porque responde a ineludibles exigencias de la realidad y de la práctica; todo enfermo histérico, mientras no sea más que histérico, debe ser considerado de manera distinta y sometido a un tratamiento muy diverso del de los locos, y esta infranqueable diferencia real que ninguna argucia teórica puede borrar, justifica que aunque se conceptúe al histerismo como una enfermedad psíquica, se le estudie por separado de las psicosis propiamente tales y se puntualicen, con la mayor exactitud posible, las relaciones que entre aquél y éstas puedan existir. En este punto divídense los autores en dos bandos, el de los que creen que hay psicosis que merecen con toda propiedad la denominación de histéricas por ser producto exclusivo del histerismo y por ostentar caracteres peculiares que las distinguen de las demás psicopatías, y el de los que, aun reconociendo la frecuencia y la importancia de los trastornos psíquicos en el histerismo, se niegan a admitir la existencia de las pretendidas psicosis histéricas, suponiendo que éstas son simplemente la expresión de meras coincidencias o el resultado de una influencia etiológica, no única ni exclusiva. Rápidamente enumeraremos las más importantes opiniones favorables a uno y otro punto de vista.

Ya Esquirol, uno de los primeros sistematizadores de la psiquiatría moderna, indicó la frecuencia con que el histerismo degeneraba en locura, de la que no era a veces más que el primer grado; posteriormente, la mayoría de los autores clásicos, entre ellos Falret, Legrand du Saule, Schüle, Kraft-Ebing, etc., describieron la locura histérica como especie psicopática independiente, pero al recibir el estudio del histerismo el gigantesco impulso que le dieron Charcot y sus discípulos, sufrió un rudo golpe el dogma de la individualidad de las psicosis histéricas, que para el jefe de la escuela de la Salpêtrière eran simplemente el resultado de la presentación de psicopatías vulgares en individuos histéricos, es decir, que se trataba sólo de la asociación de dos estados morbosos distintos en un mismo sujeto. En el mismo sentido se han expre-

sado Gilles de la Tourette y Babinski (1) * y Ballet (2) comparte esta opinión, atribuyendo las psicopatías asociadas al histerismo, no a éste, sino a la degeneración mental y señalando la frecuencia de ésta en los histéricos pertenecientes al sexo masculino.

H. Colin (4) considera también a la llamada locura histérica como el resultado de la combinación del histerismo con la degeneración mental hereditaria, y casos en apoyo de esta tesis encuéntrase abundantemente en la literatura médica, pudiendo citarse, entre otros muchos, el recientemente publicado por Heinicke (6), relativo a un sujeto criminal recidivante, que estando en la cárcel presentó un estado crepuscular y delirante histérico y luego fenómenos de excitación y de depresión del tipo maniaco depresivo, interpretándolo el autor como un ejemplo de la evolución de dos psicosis degenerativas en un mismo sujeto y recordando la opinión de Kraepelin (8), según el cual, no son raros los síntomas histéricos, como gritos, espasmos, desmayos y accesos convulsivos en la locura maniaco-depresiva.

En cambio, el insigne Director de la Clínica psiquiátrica de la Charité de Berlín, Ziehen (12), se muestra inclinado a admitir las psicosis histéricas, aunque con importantes limitaciones; considera como fundamental, tanto para el concepto como para el diagnóstico del histerismo, la constitución psicopática histérica, que no es secundaria como la epiléptica, sino primitiva, y además declara que existen psicopatías histéricas bien caracterizadas, aunque su diagnóstico sea a veces difícil, en relación o no con los accesos convulsivos, y constituidas principalmente por estados delirantes y crepusculares, parecidos a los epilépticos, desempeñando en estos síndromes un papel preponderante las representaciones mentales y los movimientos afectivos y siendo influenciados por la sugestión; niega la existencia de una demencia histérica que

(*) Véase la nota bibliográfica al final de este capítulo.

pueda compararse con la epiléptica, e insiste en la frecuente asociación de síntomas histéricos a los propios de otras psicosis; por último, describe una manía, una melancolía, una paranoia alucinatoria aguda y una paranoia simple crónica histéricas, pero más bien que como especies independientes, como simples variedades o modificaciones que en la forma típica de estas psicopatías determina la constitución histérica.

Mairet y Salager (11) admiten francamente la locura histérica, a la que han dedicado un libro, rico en observaciones clínicas, pero un tanto confuso en su interpretación e impreciso en sus conclusiones; establecen en los trastornos psíquicos relacionados con el histerismo, una primera división en dos grandes grupos, incluyendo en el primero las alteraciones psicopáticas que no merecen ser calificadas de locura histérica, y en el segundo las que son propiamente dignas de este nombre, perteneciendo a la primera categoría: 1.º, el delirio que acompaña a los accesos convulsivos; 2.º, los paroxismos delirantes, que ocurren de tarde en tarde, como equivalentes de los accesos de convulsiones, y 3.º, los casos de alteración mental pertenecientes a los diversos tipos que la Psiquiatría estudia y en los que se observan algunos síntomas histéricos. Al segundo grupo, al de la locura histérica, corresponden las siguientes formas: 1.º, equivalentes delirantes repetidos muy a menudo; 2.º, delirio histérico prolongado; 3.º, delirio histérico con amnesia. Como rasgos característicos del delirio histérico, señalan la preponderancia de las alteraciones de la emotividad y de las alucinaciones; también describen una forma mixta, que llaman histerovesánica, constituida por la asociación de fenómenos histéricos y vesánicos, con predominio de los factores derivados de una actividad excesiva y desviada de la imaginación, de representaciones mentales fácilmente exteriorizables, alucinaciones y síntomas psíquicos de degeneración, como egoísmo, arrebatos de cólera y excitación genésica, etc., todo ello modificado por el histerismo.

Mairet y Salager, en suma, vienen a coincidir en el fondo con la mayoría de los autores anteriormente citados, al admitir como formas psicopáticas del histerismo, de una parte, las que resultan de la exageración o de la prolongación de los síntomas psíquicos vulgares de esta neurosis, y de otra, las que son producto de su asociación a diversas especies de vesania.

Una posición intermedia entre los que afirman y niegan la existencia de psicosis histéricas, ocupa Binswanger (3), según el cual sólo podrá calificarse de histérico un trastorno psicopático, cuando derive directa e indudablemente de un fenómeno histérico (perturbaciones sensitivas, alucinaciones oníricas, estados crepusculares, y, sobre todo, alteraciones afectivas) que pueda considerarse como el germen del que representan aquellos trastornos el pleno desarrollo; añade Binswanger que las perturbaciones psíquicas bien caracterizadas se observan, sobre todo, en los casos de histerismo degenerativo, y que pueden revestir la forma de manía, de melancolía, de hipocondría y de paranoia aguda y crónica; por último, llama la atención sobre la frecuente presentación de síntomas histéricos en la demencia precoz hebefrénica, aludiendo a la opinión de Nissl, para quien muchos casos de pretendido histerismo, con fenómenos catatónicos, mutismo, etc., lo son de demencia precoz. De las relaciones entre esta psicosis y el histerismo, se ha ocupado también Lückcrath (9), quien ha confirmado la frecuencia de los síntomas histéricos en el período inicial de la demencia precoz, agregando que en el histerismo se observan, en ocasiones, fenómenos catatónicos transitorios, que no conducen a la demencia y que, a veces, en terreno degenerativo, se presentan trastornos histéricos y episodios paranoides, también sin demencia consecutiva.

Digno de mención, asimismo, en este estudio de las relaciones entre el histerismo y las psicosis, es el trabajo de Dupré y Logre (5), en el que determinan las conexiones entre dicha neurosis y la mitomanía, afirmando que aquélla es la mitomanía de los síndromes y que el estado mental histérico se confunde con la constitución psíquica mitomaniaca, pero ade-

más el sujeto histérico dispone de una aptitud fisiológica especial, para provocar la aparición de síntomas extraños.

Entre los autores españoles, finalmente, el sabio catedrático de Medicina legal de la Facultad de Madrid, Dr. Maestre (10), no sólo admite las psicosis histéricas, sino que considera al histerismo como una de las cuatro bases de su clasificación psiquiátrica, que reparte las psicosis en cuatro grandes grupos: psicosis de base histérica, de base epiléptica, de base idiota y de base imbecil.

Por el contrario, el ilustrado médico militar Dr. Juarros (7), niega personalidad clínica a las psicosis histéricas.

Un examen detenido de todas las opiniones expuestas, demuestra que, a pesar de sus aparentes divergencias, la diversidad de pareceres es más ficticia que real, versando la disputa más bien sobre cuestiones de forma y nombre que de fondo. Todos los autores están conformes en aceptar al histerismo como agente etiológico de gran importancia en Patología mental; todos igualmente afirman que sus síntomas psíquicos habituales pueden, en ocasiones, exagerarse, hasta el punto de dominar por completo el cuadro clínico, y todos, unánimemente también, reconocen que frecuentemente se asocia con otras psicopatías, modificando el síndrome y la evolución de éstas. Así planteado el asunto, creo que debe admitirse la existencia de las psicosis histéricas, desde el punto de vista clínico principalmente, y ya que no como especies psicopáticas individuales, por lo menos como formas o variedades particulares, dotadas de caracteres propios lo suficientemente marcados para que sea, no sólo conveniente, sino hasta necesario, formular su diagnóstico y su pronóstico separadamente.

En este sentido he aplicado la denominación de manía delirante aguda histérica a la observación clínica que a continuación transcribo, y con la que terminaré el presente trabajo.

P. M., de treinta años, natural de un pueblo de la provincia de Granada. Posee antecedentes psicopáticos muy importantes, pues su abuela materna murió loca, su madre es histerica y una hermana también lo es, sufriendo crisis de convulsiones muy intensas y prolongadas.

Ella ha disfrutado de buena salud psíquica, pero ha sido siempre muy nerviosa y excitable y de conducta un tanto extravagante, aunque irreproachable desde el punto de vista moral.

Ha tenido tres hijos y dos abortos.

Enfermedad actual.— En Noviembre de 1910 tuvo un gravísimo disgusto conyugal, por haberse enterado de que su esposo la era infiel; esto la produjo un estado de excitación, que lejos de calmarse, fue en aumento, profiriendo las injurias más denigrantes contra su marido, mientras que presa de violenta agitación, ejecutaba desatinados movimientos, sin poder permanecer tranquila en ninguna parte; no consentía que su esposo se apartara de ella ni un solo momento y le obligaba a pasearse con ella por el jardín de su casa con las mangas de ambos prendidas con un alfiler. Insultaba también groseramente a las personas que la rodeaban, y sin tomar parte alguna en los quehaceres de la casa, se pasaba el día hablando locuazmente, siendo el tema casi único de sus pensamientos el agravio que la había inferido su marido. El trastorno mental fue en aumento, y como la agitación motora y sus tendencias agresivas llegaron a hacerse tan intensas, que no podía continuar en su casa, se la hizo ingresar en un Manicomio próximo a esta Corte, en Marzo de 1911. En este establecimiento se observó en ella un estado de violenta hiperquinesia, con inquietud constante, ideas delirantes incoherentes, poliformas, con algunos esbozos de sistematización, pero rudimentaria e imperfecta; el delirio era de contenido preferentemente sexual, predominando, en algunas temporadas, las ideas de grandeza, adoptando actitudes vanidosas, en consonancia con ellas, y habiendo tenido también, durante varios días, delirio de persecución, negándose a tomar alimentos por temor a que la envenenaran. Uno de los temas

preferentes del delirio, era suponer que estaba en una casa de prostitución y que todas las mujeres que veía en torno suyo eran meretrices. Desde su entrada en el Manicomio ha mejorado algo, disminuyendo, sobre todo, la agitación motora. Fuí llamado para verla en consulta el 3 de Marzo de 1911. La hallé en muy buen estado de nutrición, aspecto de robustez, rostro excesivamente subido de color y normalidad somática, en lo que el estado mental de la enferma me permitió explorar. Logorrea incesante, no dejando ni un solo momento de hablar con rapidez; fuga de ideas, pasando sin transición de unas a otras; se expresa con mucha vehemencia, acompañando sus palabras de gestos y ademanes violentos; a menudo se levanta, recorre la habitación a grandes pasos e insulta procazmente a las personas que la rodean. Las frases que pronuncia son, casi todas ellas, de significación erótica, y muestra idéntica tendencia en sus actos, habiendo llegado a provocar a los hombres que se aproximan a ella. Está completamente desorientada en el tiempo y en el espacio, tanto en lo relativo a su persona como a las que la rodean, y al sitio en que se halla. El sueño y el apetito son buenos, y es limpia en lo que a las necesidades corporales respecta, pero no en el vestido, no consintiendo tampoco que se la peine. Como estigmas histéricos, se apreciaron zonas hiperalgésicas, muy bien marcadas en el vertex cefálico y en la región precordial (no pudieron explorarse otros).

En los dos meses que siguieron a mi observación mejoró bastante, atenuándose notablemente los síntomas todos, y después no he vuelto a tener noticia de ella.

El diagnóstico de manía delirante aguda se basa en los síntomas y en la evolución que quedan expuestos, y para añadir el calificativo de histérica, me fundo en los antecedentes de la enferma, en sus condiciones de carácter, en la etiología del trastorno psicopático, en las particularidades del delirio y en la existencia de estigmas histéricos (*).

(*) *Revista Clínica de Madrid*, VIII, pág. 375, 1902.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—BABINSKI: *Bull. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris*, 2 Nov. 1892.
 - 2.—BALLET: *Arch. gener. de Med.*, Marzo-Abril, 1888.
 - 3.—BINSWANGER: *Die Hysterie.*, pág. 760. Viena, 1904.
 - 4.—COLIN: *Art. Etat mental des hystériques, in Traité de Pathologie mentale de Ballet*, pág. 816. París, 1903.
 - 5.—DUPRÉ Y LOGRE: *XXI Congrès des alienistes et neurologistes de France*. Amiens, Agosto de 1911 (*Pres. med.*, núm. 64, 12 Agosto, 1911).
 - 6.—HEINICKE: *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, Bd. 68. H. 4, 1911.
 - 7.—JUARROS: *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, pág. 81, 1908.
 - 8.—KRAEPELIN: *Psychiatrie*, 7.^a edic. Leipzig, 1907.
 - 9.—LÜCKERATH: *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, Bd. 68. H. 3, 1911.
 - 10.—MAESTRE: *Arch. españ. de Neur. Psiq. y Fisioter.*, 1. núm. 2. Febrero, 1910.
 - 11.—MAIRET Y SALAGER: *La Folie hystérique*, París, 1910.
 - 12.—ZIEHEN: *Psychiatrie*, 3.^a edic. Leipzig, 1908.
-

XVI

CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO DE LA HISTERO-EPILEPSIA

El término histero-epilepsia se ha empleado en sentidos muy diversos y esta variedad de significaciones ha producido un estado de lamentable confusión en este asunto, que importa hacer que desaparezca, fijando de una manera definitiva el verdadero y único valor de aquella denominación, con objeto de que todos, al oirla o leerla, sepamos a qué atenernos. Se ha llamado histero-epilepsia a la manifestación paroxística del histerismo, que se conoce también más general y propiamente con el nombre de crisis o acceso convulsivo mayor, según la terminología de la Escuela de la Salpêtrière, con sus cuatro fases clásicas de convulsiones epileptoides, clonismo, actitudes pasionales y delirio; pero desde que se sabe que esta brillante descripción de Charcot no ha tenido más realización objetiva que dentro de los muros de su propia clínica, donde no era un producto espontáneo del histerismo, sino el resultado de la sugestión médica involuntaria, del cultivo artificial e impremeditado de las aptitudes miméticas de las pacientes, debe abandonarse esta primera significación por falta de objeto real a que aplicarse.

Se han designado también con el nombre de histero-epilepsia a algunas formas de ataque histérico (demostrada su naturaleza histérica, no sólo por las condiciones del sujeto

que los sufre, sino también por algunos de los caracteres del mismo ataque), que simulan a las crisis epilépticas, hasta el punto de que, sin una observación detenida y minuciosa, pudieran confundirse con ellas; pero esta denominación es defectuosa y perjudicial, pues tiende a favorecer los errores de diagnóstico al admitir un vago tipo intermedio que permita ahorrarse las molestias de un laborioso diagnóstico analítico, que seguramente permitirá la inclusión del caso dudoso o en el histerismo o en la epilepsia; en estos casos de acceso histérico parecido al epiléptico, mejor que de histero-epilepsia, se debe hablar de crisis histérica epileptoide o pseudo-epiléptica.

El nombre de histero-epilepsia se ha empleado también queriendo significar con él una neurosis distinta e intermedia al histerismo y a la epilepsia, siendo sus caracteres la resultante de la combinación de los de ambos. Contra este erróneo concepto protestó ya el propio Charcot (1)*, declarando que la denominación de histero-epilepsia así entendida debe rechazarse por absurda y anticuada, y el mismo criterio vienen sosteniendo sus discípulos y con ellos la mayoría de los neurólogos contemporáneos; así, Gilles de la Tourette (2) y Gasne (3) afirman que debe desecharse como falso el concepto de histero-epilepsia, y del mismo parecer son Dutil y Laubry (4), quienes estiman que el histerismo y la epilepsia son fundamentalmente distintos y que deben considerarse siempre como especies separadas, aunque coincidan en un mismo sujeto. Hoche (5) niega también la existencia de la histero-epilepsia, comprendida en el sentido que estoy criticando, y en los mismos términos se expresan Gordon (6) y Aschaffenburg (7), quienes sólo admiten la histero-epilepsia como expresión de la coincidencia de ambas neuropatías en un mismo sujeto.

Por el contrario, hay autores modernos y de gran nota

(*) Consúltese la nota bibliográfica al final del capítulo.

que intentan rehabilitar el desacreditado concepto de histero-epilepsia, aplicándole a ciertas manifestaciones convulsivas que por sus caracteres ocupan un lugar intermedio entre los accesos epilépticos y los histéricos, sin que sea posible incluirlos legítimamente entre los primeros ni entre los segundos; estas accesos mixtos histero-epilépticos han sido descritos por Nonne (8), Steffens (9), Binswanger (10), Oppenheim (11), etc. Binswanger, (12) en su magnífica y voluminosa monografía sobre el histerismo, sintetiza de la manera siguiente las relaciones entre esta neurosis y la epilepsia: 1.º Pueden coincidir ambas enfermedades, por tratarse de un sujeto epiléptico en el que ulteriormente se presentan fenómenos histéricos. 2.º La coincidencia puede ser debida a la presentación de manifestaciones epilépticas en un individuo previamente histérico, siendo este segundo caso menos frecuente que el primero. 3.º Existen formas mixtas, debidas a la íntima fusión de síntomas, lo mismo paroxísticos que interparoxísticos, de histerismo y de epilepsia.

En cuanto a los dos primeros grupos existe unanimidad en admitirlos, y, por tanto, huelga toda discusión respecto de ellos; las dudas surgen a propósito de los casos que constituyen el tercer grupo, y para evitar repeticiones, de ellos me ocuparé a continuación, después de dar a conocer la opinión de Oppenheim, que por su importancia debe ser conocida con algún detalle.

Oppenheim, en su *Tratado de enfermedades nerviosas*, que merece ser considerado como el más completo y perfecto texto existente sobre esta materia, admite en primer término la coincidencia del histerismo y de la epilepsia en un mismo sujeto, pero opina que además debe reconocerse la existencia de accesos convulsivos de tipo mixto o intermedio entre los epilépticos y los histéricos; después de recapitular las opiniones de otros autores, como Gowers y Landouzy, que también se expresan en sentido afirmativo respecto de la realidad de estos accesos, Oppenheim declara que ha observado personalmente casos en los que los paroxismos convulsivos no corres-

pondían exactamente ni al tipo histérico ni al epiléptico; ocurren generalmente en sujetos con herencia recargada y con graves y numerosos estigmas de degeneración psíquica, en neurasténicos y psicasténicos, y consisten en crisis de inconsciencia, con movimientos convulsivos o sin ellos, análogos o equivalentes a las crisis de angustia que se observan en la neurastenia grave y en la psicastenia.

De la misma descripción precedente se deducen las objeciones que pueden hacerse a la conclusión que de ella se pretende deducir; en efecto, si esos accesos del llamado tipo mixto o intermedio son distintos de los epilépticos y de los histéricos, no correspondiendo exactamente ni a los unos ni a los otros, no deben considerarse como una mezcla de ambos, sino como cosa diferente, aplicándoseles una denominación especial que exprese su individualidad. Además, Oppenheim declara terminantemente que dichos ataques suelen ser patrimonio de la neurastenia y de la psicastenia, ofreciendo analogías con los estados paroxísticos de angustia propios de estas afecciones, y esas afinidades que no parecen ser solamente sintomáticas, sino también patogénicas, debieran encontrar expresión en el nombre con que se las designa, con mejor derecho que su parecido mayor o menor con las crisis epilépticas o histéricas, de suerte que más bien que la denominación inoportuna de histero-epilepsia, les convendría la de accesos epileptoideos de los psicasténicos u otra semejante. Por último, aunque el ataque de convulsiones, individualmente considerado, ofrezca a la vez caracteres propios del histerismo y de la epilepsia, esto no basta para calificar de histero-epilepsia a la enfermedad que los produce, haciendo suponer que es efectivamente una neuropatía intermedia entre aquellas dos, pues como dice Aschaffenburg (12), los accesos no son más que manifestaciones aisladas de la afección, y no bastan por sí solos para caracterizar a ésta ni para calificarla, pues en ella existen otros síntomas y condiciones que es indispensable tener en cuenta al formar un concepto nosológico sintético.

Por todas las razones que quizá un poco prolijamente he expuesto, deben rechazarse las acepciones que he discutido del término *histero-epilepsia*, como defectuosas y erróneas; sin embargo, aún hay autores muy modernos que continúan usando esta palabra en alguno de esos sentidos ilegítimos, como Saville (13), que la aplica a una forma especial del acceso histérico, parecido al epiléptico, y Aldren Turner y Grainger Stewart (14), para quienes es sinónima del ataque de histerismo mayor, pero como no alegan ningún argumento nuevo en defensa de su manera de considerar este asunto y como no refutan las razones aducidas para demostrar la inconveniencia de atribuir esas significaciones a la *histero-epilepsia*, creo innecesario volver a insistir en lo ya suficientemente probado.

No hay, pues, más acepción exacta y admisible de la denominación *histero-epilepsia*, que la que significa la coincidencia de ambas neuropatías en un mismo individuo, guardando cada una sus caracteres propios, debiendo sólo usarse en este sentido. Esta coincidencia no es del todo rara, y como ejemplo de ello resumiré a continuación la historia clínica de dos casos que he tenido ocasión de observar simultáneamente hace poco tiempo.

* * *

OBSERVACIÓN I.—P. P., de quince años, de Madrid, soltera; su padre murió a los treinta años, con síntomas de locura furiosa que duraron ocho días; se le han muerto cuatro hermanos de meningitis y otro es un degenerado vagabundo, antisocial; su madre ha padecido habitualmente jaquecas; ella fue raquítica en su primera infancia, conservando estigmas, como la torcedura de las piernas; también ha padecido infartos ganglionares. Menofanía hace seis meses; menstruación escasa y dolorosa.

A los seis años comenzó a padecer accesos convulsivos con inconsciencia completa, mordedura de la lengua, emisión involuntaria de orina y después sueño profundo y amnesia; estos accesos se han repetido después a intervalos irregulares, pasándose largas temporadas sin ninguno.

Hace seis meses, al instaurarse la función menstrual, han comenzado a darle ataques convulsivos en series, hasta de 20 en un día, precedidos de sensación de bola epigástrica, con gran agitación motora, actitudes extrañas, gritos desaforados, risa y llanto; después de alguno de estos ataques se queda como estática, y a continuación de uno de ellos estuvo muda durante varias horas; con estos accesos alternan otros de más breve duración, en los que no grita, ni llora, ni ríe, pero se muerde la lengua y hay incontinencia de orina, quedándose después profundamente dormida; se presentó en la consulta de la Policlínica del Refugio el 24 de Octubre de 1911.

Explorada, se hallaron los siguientes estigmas histéricos: zonas hiperalgésicas en la parte alta de la cabeza y en la región precordial, abolición del reflejo faríngeo, sensación de constricción esofágica. Fué sometida a un doble tratamiento, bromurado y sugestivo.

OBSERVACIÓN II.—C. A., de veinte años, de Madrid, soltera. Carece de antecedentes neuropáticos familiares; de niña, ha padecido conjuntivitis crónica tenaz con úlceras corneales. Menofanía a los catorce años, menstruando desde entonces normalmente.

Hace cuatro años comenzó a sufrir accesos convulsivos; en el primero de ellos se le puso muy amoratada la cara, sobre todo los labios, y se mordió la lengua; los ataques se han continuado repitiendo después, revistiendo dos tipos distintos; en unos, sin previo aviso, cae al suelo de repente, cambia el color del rostro, echa espuma por la boca, se muerde la lengua, se orina involuntariamente y queda después en un estado de sopor, del que se despierta muy quebrantada y sin acordarse de nada de lo ocurrido; el acceso, incluyendo todas sus fases, dura próximamente un cuarto de hora. Los

ataques del segundo tipo, que alternan con los anteriores, son anunciados por sensación de pinchazos en la región precordial; pierde el conocimiento gradualmente, cae al suelo despacio, no de golpe, y sin hacerse daño, ejecuta movimientos muy extensos y forzados, abre y cierra los ojos, girándolos en las órbitas; estos ataques duran mucho, hasta tres horas algunas veces, y al terminar ríe o llora estrepitosamente, canta, grita y experimenta alucinaciones terroríficas, creyendo ver hombres negros que la amenazan, etc.; se presentó en la consulta del Refugio el 5 de Diciembre de 1911. Como estigmas histéricos presentaba zonas hiperalgésicas en la cabeza y región precordial, abolición de los reflejos faríngeo y conjuntival, y temblor vibrátil de los párpados al cerrarlos. Se la sometió al mismo plan terapéutico que la anterior.

* * *

En el primer caso se trata de una muchacha epiléptica desde la infancia, en la que las manifestaciones histéricas surgieron al establecerse la menstruación; en el segundo caso, los fenómenos epilépticos y los histéricos aparecieron casi simultáneamente en la pubertad, aunque aquéllos parece que fueron un poco anteriores a éstos. En ambas observaciones resalta vivamente el contraste entre los dos tipos de ataques, fáciles de diagnosticar por sus caracteres peculiares; comienzo repentino, pérdida súbita del conocimiento, caída brusca al suelo, cambio de color del rostro, sobre todo de los labios, mordedura de la lengua, incontinencia de los esfínteres, sopor profundo y amnesia consecutiva en los epilépticos; comienzo gradual con síntomas premonitorios, caída *con precauciones*, convulsiones muy exageradas, mordedura de los labios, de las manos o de las personas que se acercan, pero no de la lengua, duración larga, ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo visuales, consecutivas en los histéricos.

Algunos caracteres diferenciales dados a conocer modernamente, como el signo de Babinski y la rigidez pupilar que existen en el acceso epiléptico y faltan en el histérico son muy difíciles, por no decir imposibles, de explorar durante la crisis convulsiva, y, por tanto, su importancia práctica es escasa.

Con los datos diferenciales expuestos se podrán diagnosticar los ataques histéricos y los epilépticos, distinguiendo los unos de los otros, y cuando se observen ambos en un mismo sujeto se podrá afirmar que padece histero-epilepsia, por coincidir en él las manifestaciones clínicas de ambas neuropatías, única acepción legítima de dicho término (*).

NOTA BIBIOGRÁFICA

- 1.—CHARCOT: *Leçons du Mardi*. París, 1889.
- 2.—GILLES DE LA TOURETTE: *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*. París, 1895.
- 3.—GILLES DE LA TOURETTE Y GASNE: *Art. Hystérie*, in *Traité de Médecine* de Brouardel y Gilbert, tomo X, pág. 314. París, 1902.
- 4.—DUTIL Y LAUBRY: *Art. Hystérie*, in *Traité de Médecine* de Bouchard y Brissaud, tomo X, pág. 686. París, 1905.
- 5.—HOCHÉ: *Die differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie*. Berlín, 1902.
- 6.—GORDON: *Diseases of the nervous System*. Londres, 1908.
- 7.—ASCHAFFENBURG: *Art. Hysterie*, in *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, de H. Curschmann, pág. 769. Berlín, 1909.
- 8.—NONNE: *Mitteilungen aus d. Hamburger Staatskrankenhaus*, Bd. VIII.
- 9.—STEFFENS: *Archiv. für Psychiatrie*, Bd. 42.
- 10.—BINSWANGER: *Die Hysterie*, pág. 27. Viena, 1904.

(*) *Revista Clínica de Madrid*, VII, pág. 463, 1912.

-
- 11.—OPPENHEIM: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 5.^a edic., tomo II, página 1.252 y 1.393. Berlín, 1908.
- 12.—BINSWANGER: Loc. cit.
- 13.—SAVILLE: *Lectures on Hysteria*, pág. 37. Londres, 1909.
- 14.—TURNER Y STEWART: *A Test-Book of Nervous Diseases*, pág. 526. Londres, 1910.
-

XVII

UN CASO DE PSEUDOPARÁLISIS AGITANTE HISTÉRICA

Entre los muchos temas de discusión que se derivan del histerismo, es uno de los más interesantes el que se refiere a sus relaciones con otras enfermedades; asociada con ellas o simulándolas, dicha neurosis da lugar a complejos y extraños cuadros clínicos, que pueden inducir a graves errores de diagnóstico, si no se procede con extremada cautela y con un cabal conocimiento de las manifestaciones histéricas en sus múltiples aspectos sintomáticos y en sus peculiares caracteres etiológicos y evolutivos.

La asidua labor de los clínicos modernos ha logrado descubrir ciertos rasgos diferenciales de valor considerable para distinguir los fenómenos histéricos de los similares producidos por enfermedades orgánicas; mas, a pesar de todo, aún nos encontramos de vez en cuando con casos en los que la mente vacila entre atribuir todo el síndrome simplemente al histerismo, o considerar a éste superpuesto a una lesión orgánica, y estas dudas suben de punto cuando se trata de hacer el diagnóstico diferencial entre el histerismo y alguna de esas otras enfermedades hasta hace poco incluídas aún en el grupo de las neurosis, sin alteraciones orgánicas conocidas, de sintomatología que debe calificarse, por tanto, de

puramente funcional, y con rasgos y perfiles de evidente neurosismo.

A esta categoría de casos pertenece la historia clínica que voy a exponer; a propósito de ella, y a la vez que razone el diagnóstico, discutiré las relaciones que existen entre el histerismo y la parálisis agitante, refiriéndome a los documentos recogidos en la literatura médica reciente.

* * *

J. M., de treinta y nueve años, natural de un pueblo de la provincia de Cuenca, casado, labrador, carece de antecedentes neuropáticos familiares. Asegura haber disfrutado siempre de salud excelente, no recordando haber padecido ninguna enfermedad de importancia. No ha sufrido infecciones venéreas, pero ha cometido habitualmente abusos alcohólicos, bebiendo diariamente ocho o diez cuartillos de vino; no acostumbraba a beber aguardiente.

Enfermedad actual.— El paciente supone que existe relación de causa a efecto entre la dolencia que actualmente padece y dos traumatismos por él sufridos, con escasa diferencia de fechas del uno al otro, hace dieciséis años: consistió el primero de estos traumatismos en la caída de una piedra de gran tamaño sobre la región lumbar, y el segundo, en un golpe que se dió él mismo en la región superciliar izquierda con un martillo de machacar piedra. Ni después del uno ni después del otro traumatismo perdió el conocimiento ni experimentó trastorno alguno de importancia, pudiendo continuar sin inconveniente su trabajo; pero dice que después del sufrido en la región lumbar, viene experimentando en ella dolores irradiados hacia las caderas y exacerbados al hacer movimientos; a partir del segundo traumatismo, el de la región superciliar, sufre dolores accesionales en la ceja izquierda, que se extienden al ojo, le hacen cerrar los párp-

dos y provocan lagrimeo; estos accesos duran algunos minutos, siendo producidos especialmente por los movimientos bruscos de la cabeza y de los ojos. Hace un año se mojó los pies al pasar un riachuelo, y al día siguiente se le presentó un intenso temblor de la pierna derecha, continuo y tan fuerte, que las sacudidas agitaban todo el cuerpo. Este temblor ha persistido con estos caracteres y sin adición de ningún nuevo síntoma, hasta su ingreso en el Hospital de la Princesa (sala de San Mateo, servicio del distinguido Dr. Fernández Gómez) el 4 de Marzo de 1909.

Estado actual.—Excelente estado de nutrición; es un hombre alto, fornido, de constitución atlética y de aspecto completamente rústico. Con estas apariencias contrastan los ademanes remilgados y la actitud pudibunda y embarazada que adopta cuando se le dirigen ciertas preguntas, como las relativas a antecedentes de contagio venéreo. El apetito merece justamente ser calificado de voraz, las funciones digestivas se realizan con una perfección envidiable y también se hallaron en estado normal los aparatos respiratorio, circulatorio y génito-urinario.

Sistema nervioso.—Temblor de la extremidad inferior derecha lento, bastante extenso e intenso, de fuerza incontrastable por la resistencia que pueda oponerle el explorador. Este temblor es más marcado en el reposo que al hacer movimientos, atenuándose durante la ejecución de éstos, pero sin desaparecer del todo; cuando se encuentra en el lecho el temblor agita éste, y estando en pie hace oscilar a todo el cuerpo, así como también, aunque con menor intensidad, cuando anda. Este temblor es rítmico y desaparece por completo durante el sueño, no reapareciendo sino algunos minutos después de despertarse y tardando algo en alcanzar su intensidad máxima.

Todos los movimientos se ejecutan normalmente, permaneciendo íntegra la fuerza muscular, incluso la del miembro afecto de temblor. La sensibilidad no presenta alteración alguna. El reflejo rotuliano izquierdo está un poco exal-

tado, no pudiendo explorar el derecho por causa del temblor; pudo obviarse este inconveniente explorándole durante el sueño, pues en éste cesaba el temblor, pero no me fue dado sorprender al paciente dormido en posición favorable para esa investigación. Los reflejos cutáneos se encuentran en estado normal, siendo los plantares bastantes vivos y haciéndose en ambos pies en flexión plantar. El campo visual es de extensión normal, y no se apreciaron en él soluciones de continuidad; el reflejo conjuntival falta a la izquierda y es débil a la derecha; los reflejos corneales permanecen íntegros, y en las pupilas y en sus reflejos no se advierte alteración alguna.

Existen dos zonas muy dolorosas a la presión; una en el sincipucio y la otra en la región iliaca derecha (zona pseudo-ovárica). El reflejo faríngeo, explorado en los pilares palatinos, está abolido a la derecha y disminuído y retardado a la izquierda.

Sueño profundo, prolongado, tranquilo y reparador.

Estado mental.—Carece de toda instrucción, y en consonancia con esta falta de cultura, el desarrollo mental es escaso; su vocabulario es reducido, expresándose torpemente con frases breves y entrecortadas, lentamente pronunciadas y de contenido vago, siendo sus respuestas poco precisas, sobre todo en lo relativo a fechas. Estado afectivo de euforia acentuada y evidente; hay en su actitud y en la expresión de su rostro, así como en la manera de considerar su enfermedad y la situación en que por ella se encuentra, imposibilitado de trabajar, una beatitud que pudiera calificarse de sublime estoicismo, si no fuera en realidad una indiferencia estúpida, producto de su vacuidad mental. Estando despierto experimenta inquietud constante, yendo continuamente de un lado para otro, sin poder permanecer tranquilo en ningún sitio.

Evolución y tratamiento.—Desde su ingreso en la Clínica estuvo tomando, con algunos períodos de suspensión, la tintura de valeriana a la dosis de xxx gotas diarias; desde el 16

de Marzo se le hicieron aplicaciones galvánicas rítmicamente interrumpidas en la pierna, asiento del temblor, una vez por semana, y *last but not least*, prácticas psicoterápicas sencillas y elementales, cual convenía a su rudimentaria inteligencia, consistentes en la afirmación categórica, insistentemente repetida, de la seguridad de su curación completa en un plazo breve, y más adelante, cuando se inició el alivio, en la reiterada demostración de los progresos que iba realizando.

El paciente mejoró lentamente, pero de una manera progresiva, atenuándose gradualmente el temblor, llegando a desaparecer por completo durante los movimientos y reduciéndose a levisimas sacudidas, apenas perceptibles en el reposo, y desapareciendo la inquietud que antes sentía.

En este estado fue dado de alta a primeros de Mayo, a petición propia, pues se sentía ya en disposición de volver a sus trabajos habituales.

* * *

El enfermo, cuya historia acabo de referir, presentaba como síntoma más saliente y casi único, un temblor localizado que, por sus caracteres, evocaba inmediatamente el recuerdo del temblor peculiar de la enfermedad de Parkinson; pero la exploración detenida del sujeto, la investigación de la anamnesis y aun el análisis de las particularidades del temblor mismo, obligaron a rechazar el diagnóstico de parálisis agitante y a admitir el de temblor histérico; a demostrar lo exacto de este juicio van encaminadas las siguientes consideraciones epicríticas, en las que trataré sucesivamente de las diferencias existentes entre este enfermo y los parkinsonianos, de los caracteres principales del temblor histérico, y, por último, de las relaciones *puramente clínicas*, sin entrar para nada en arbitrarias discusiones patogénicas entre la parálisis agitante y el histerismo.

Siendo como es el temblor el más saliente y el más fácilmente apreciable de los síntomas de la parálisis agitante, no es el único, sino que a él se agregan otros dotados de igual importancia, y de los cuales no puede prescindirse al formular el juicio diagnóstico; estos síntomas fundamentales de la enfermedad de Parkinson son, además del temblor, según Oppenheim (1), la hipertensión muscular permanente, la actitud y la marcha típicas, y, según Maillard (2), la lentitud de los movimientos, la rigidez, los trastornos del equilibrio estático y el estado pareto-espasmódico. Con diversidad de denominaciones y con varia amplitud de contenido, la enumeración del célebre neurólogo de Berlín, y la del autor de la tesis francesa, pueden superponerse, pues coinciden en lo esencial; en ambas aparece el temblor formando parte de un síndrome complejo, y cuando los factores capitales de este síndrome faltan, el diagnóstico de enfermedad de Parkinson no debe hacerse sino con toda clase de reservas, y no sin ir precedido de una detenida discusión que examine todos los afectos similares con los que aquélla pudiera confundirse.

En el caso que he historiado no existía más que uno de los síntomas fundamentales de la enfermedad de Parkinson, el temblor, al que pudiera agregarse un síntoma accesorio, de valor diagnóstico inferior, la inquietud continua que experimentaba el enfermo, análoga a la que suelen presentar los parkinsonianos; pero faltaban todos los demás signos capitales de la parálisis agitante, y aun el temblor mismo, si bien ofrecía algunos de los caracteres propios del de esta afección, poseía también particularidades distintivas de importancia.

El temblor parkinsoniano es generalizado o de tipo unilateral, afectando a los dos miembros de un mismo lado; se conocen también formas localizadas denominadas monopléjicas (Lamy 3), en las que interesa sólo a un miembro, pero suelen ser pasajeras, representando la primera fase de la enfermedad, que se prolonga más de lo acostumbrado, mas el temblor acaba por afectar también al miembro homólogo, convirtiéndose la forma monopléjica en hemipléjica; además,

en esta variedad localizada, el temblor radica generalmente en uno de los miembros superiores, y suele ser en todas las formas más acentuado en éstos que en los inferiores. Alquier (4) opina también que las formas llamadas parciales o localizadas de la enfermedad de Parkinson no representan más que la prolongación anormal del período inicial, completándose y generalizándose poco a poco los síntomas. En el caso clínico que he referido, los síntomas que pudieran atribuirse a la parálisis agitante se reducían al temblor y a la inquietud; permanecían estacionados durante muchos meses, sin tendencias progresivas, y el primero y más importante de ellos estaba estrictamente localizado en una de las extremidades inferiores, particularidad rara en la parálisis agitante, en la que, según una estadística de Hart (5), es el comienzo en los miembros superiores siete veces más frecuente que en los inferiores.

Si en el caso presente no puede admitirse, por las razones expuestas, el diagnóstico de parálisis agitante, cuenta, en cambio, el de histerismo con poderosos argumentos en su favor. En la vasta sintomatología de esta neurosis ocupan lugar preferente los fenómenos de tremulación, atribuyéndose por los autores modernos importante significación diagnóstica al temblor vibratorio de los párpados al cerrar los ojos.

El temblor histérico reviste caracteres muy diversos, habiendo afirmado Charcot que todo temblor no histérico tiene su contrafigura en alguna forma del histérico; pero en medio de esta variedad de aspectos, señálanse ciertos caracteres comunes, como el de ser siempre, según Binswanger (6), un temblor estático o de reposo, aunque en algunos casos se exagera al ejecutar movimientos, siendo extraordinariamente raros, según este autor, y aun susceptibles de objeciones los ejemplos de temblor histérico intencional puro. El temblor del enfermo que motiva este artículo era más marcado en el reposo que en el movimiento, ajustándose, por tanto, al carácter general de los temblores histéricos, formulado por Binswanger.

Entre las varias clasificaciones de las formas del temblor histérico que se han propuesto, es una de las más conocidas y de las más aceptables la de Pitres, el cual distingue tres tipos, que denomina: trepidante, vibratorio e intencional. El trepidante, que se parece mucho al de la parálisis agitante, suele estar limitado a uno de los miembros inferiores, y consiste en movimientos rítmicos y alternados de flexión y extensión de las articulaciones del tobillo, rodilla y cadera; es uniforme, de amplitud media y de velocidad escasa, contándose de cinco a siete sacudidas por segundo, suele desarrollarse lentamente, y es, a veces, muy tenaz, persistiendo largo tiempo. Todos estos caracteres concuerdan con los del temblor que presentaba el enfermo cuya observación clínica he relatado, y, por tanto, parece sumamente fundado el diagnóstico de temblor trepidante pseudoparkinsoniano histérico, diagnóstico confirmado por la historia del sujeto, por la existencia en él de algunos de los llamados estigmas histéricos, por el origen autosugestivo del padecimiento y por su evolución, atenuándose hasta desaparecer casi por completo, merced a una terapéutica sugestiva.

En la literatura referente al histerismo encuéntranse numerosos ejemplos de temblor histérico, limitado a uno o dos miembros, como síntoma único, o por lo menos, dominante de la neurosis, mereciendo entre ellos ser citadas las observaciones modernas de Boncarut (7) y de Weir Mitchell y Spiller (8). También es digno de mención el artículo de Schütte (9), referente a una epidemia de temblor accasional ocurrida en una escuela, que recuerda a las históricas epidemias de corea magna de la Edad Media.

Pudiera objetarse que en el caso presente acaso se tratara de una verdadera parálisis agitante, atípica, incompleta, frustrada, si se quiere, sobrevenida en un sujeto histérico; al responder a esta objeción abordaré el último de los temas de discusión propuestos, el de las relaciones de la enfermedad de Parkinson con el histerismo. Estas relaciones deben considerarse bajo un doble aspecto, el de la simulación de

la primera por el segundo, y el de su posible coexistencia real.

Que el histerismo puede simular uno, varios y aun todos los síntomas de la parálisis agitante, es una verdad demostrada por numerosas observaciones. Al hablar del temblor histérico dije ya que una de sus formas ofrece los caracteres del de la parálisis agitante, pudiendo inducir a errores de diagnóstico si se hace sólo un examen superficial e incompleto; pero no se limitan a esto sólo las insidias que prepara el histerismo al observador poco profundo, sino que se conocen varios casos de simulación del síndrome parkinsoniano completo, publicados bajo el título de parálisis agitante o pseudoparálisis agitante histérica, pudiendo servir de ejemplo las observaciones de Gaussel (10), Valentín (11) y Müller de la Fuente (12). En estos casos el diagnóstico de histerismo se fundó en el origen del proceso, casi siempre debido a la imitación, por haber convivido el sujeto con un enfermo de verdadera parálisis agitante, en la evolución atípica, permaneciendo la dolencia estacionaria o curando rápidamente por medios psicoterápicos, en la coexistencia de signos evidentemente histéricos, y en particulares anomalías de los síntomas pseudoparkinsonianos.

En otros casos no se trata de simulación de la enfermedad de Parkinson por el histerismo, sino de positiva coincidencia de ambas enfermedades en un mismo individuo, cual ocurría en la observación de Huttenbach (13). En estos casos, los datos etiológicos y el análisis individual de los síntomas nos permitirán discernir lo perteneciente a una y otra afección. El diagnóstico diferencial entre la parálisis agitante verdadera y la histérica, en ocasiones muy difícil, sobre todo cuando recae la primera, la legítima, en un sujeto histérico, ha sido magistralmente tratado por Oppenheim (14) en un trabajo reciente, al que remito al lector que desee conocer a fondo este asunto.

En el caso que yo he historiado, el diagnóstico no era dudoso, pues de una parte los fenómenos histéricos eran

muy claros, y de otra faltaban muchos de los factores del síndrome parkinsoniano, y los que existían ofrecían algunos caracteres atípicos. Por estas razones me parece exacto el diagnóstico de *pseudoparálisis agitante histerica*, denominación que considero preferible a la de *temblor trepidante histérico*, que también podría aplicarse, porque aquélla anuncia las posibles confusiones diagnósticas que pudieran ocurrir, y da cabida al otro síntoma parkinsoniano, que además del temblor presentaba el enfermo, a lá inquietud continua de que era presa, y que le impedía permanecer tranquilo en sitio alguno (*).

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 5.^a edic. Berlín, 1908.
- 2.—*Considerations sur la maladie de Parkinson*, Tesis de París, 1907.
- 3.—Art. *Paral. agit. in Traité de Medec.*, de Bouchard y Brissaud, 2.^a edición, tomo X, pág. 429. París, 1905.
- 4.—*Gaz. des Hôp.*, núm. 64, pág. 642, 1904.
- 5.—*The Journ. of nerv. and ment. Dis.*, vol. XXXI, pág. 177, 1904.
- 6.—*Die Hysterie*, pág. 519. Viena, 1904.
- 7.—*Rev. de Med.*, núm. 7, pág. 601, 1904.
- 8.—*The Journ. of nerv. and ment. Dis.*, vol. XXXI, núm. 10, pág. 625, 1904.
- 9.—*Münch. med. Woch.*, pág. 1.590, 1906.
- 10.—*Gaz. des Hôp.*, núm. 127, pág. 1.515, 1907.
- 11.—*De la Paralysie agitante hystérique*. Tesis de Montpellier, 1908.
- 12.—*Deutsch. med. Woch.*, núm. 23, 10 Junio 1909.
- 13.—*Deutsch. Zeitschr. f. Nervenh.* B. 30, pág. 123, 1906.
- 14.—*Deutsche medizinische Wochenschrift*, núm. 43, pág. 1.705, 1905.

(*) *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, LXXXVII, pág. 5, 1910.

XVIII

PSEUDOESCLEROSIS EN PLACAS E HISTERISMO

La variabilidad de los síntomas de la esclerosis en placas, las irregularidades de su evolución, sus analogías con algunos estados neuropáticos funcionales y la posibilidad de la simulación de varios de sus síntomas por el histerismo, engendran a veces graves confusiones en el diagnóstico, obligando a formularle en términos de una vaguedad poco satisfactoria, que afortunadamente va desapareciendo merced al conocimiento cada vez más exacto de las diversas formas evolutivas y sintomáticas (atípicas, frustradas y parciales o localizadas) de aquella enfermedad de una parte, y de otra, gracias al descubrimiento de algunas especies nosológicas que ofrecen con ella analogías, pero que son fundamentalmente distintas, como por ejemplo, la pseudoesclerosis de Westphal y la esclerosis cerebral difusa.

No debe emplearse nunca, pues, la denominación de pseudoesclerosis en el sentido vago de afección parecida a la esclerosis en placas, pero distinta de ella, sino que debe aplicarse a la enfermedad con ese nombre descrita por Westphal (1) y después minuciosamente estudiada por Strümpell (2) y por Frankl-Hochwart (3)* entre otros, y siempre que

(*) Consúltese la nota bibliográfica al final del capítulo.

vacilemos en el diagnóstico por hallarnos ante un síndrome que recuerde al de la esclerosis cerebroespinal múltiple, pero que no se acomode a él por completo, debemos esforzarnos en averiguar si se trata de una forma atípica, o de una pseudoesclerosis en el sentido estricto, o de una esclerosis difusa, o de un hibridismo histero-orgánico, o de una simple simulación por el histerismo.

Las dos observaciones que a continuación transcribo refiérense a aspectos distintos de este interesante problema diagnóstico.

* * *

OBSERVACIÓN I.—C. B., de treinta y ocho años, casada, de un pueblo de la provincia de Jaén, vendedora ambulante, carece de antecedentes neuropáticos familiares. No ha padecido más enfermedad que frecuentes jaquecas, habiendo sido siempre muy nerviosa, pero sin tener crisis convulsivas; en ocho años de matrimonio no ha estado embarazada nunca; niega haber cometido abusos alcohólicos.

La enfermedad actual comenzó aparentemente en Julio de 1910, según dice, sin causas a qué achacarla; de improviso se quedó un día sin poder hablar, rígida, como envarada y sacudida por una tremulación general; así estuvo durante unos días, pudiendo luego volver a hacer su vida normal; pero a partir de esa fecha la notó su marido algo torpe en los movimientos y menos activa y dispuesta para el desempeño de sus quehaceres. A primeros de Diciembre de 1910 comenzó a manifestar inquietud e intranquilidad crecientes, torpeza para hablar, imposibilidad de ejecutar ningún trabajo que requiriera atención sostenida, falta de interés por las cosas que ocurrían en torno suyo, quejidos frecuentes sin poder precisar lo que la molestaba, diciendo a lo sumo que sentía opresión y adormecimiento en los miembros superiores, pareciéndole que

los tenía como muertos; estos síntomas han ido en progresivo aumento, llegando a impedir el desempeño de las faenas domésticas, y pretendiendo realizar actos absurdos, como el de irse acompañando a su marido al trabajo de éste. Desde mediados de Enero de 1911 se presentó temblor generalizado, y la dificultad para hablar aumentó de tal modo, que apenas si se la entendía lo que decía. Se presentó en la consulta de enfermedades nerviosas del Hospital de la Princesa (en aquella época a mi cargo) el 25 de Enero de 1911.

Estado actual.—Mediano estado de nutrición, delgadez, color pálido; representa más edad de la que realmente tiene; pulso pequeño y blando, latidos cardíacos débiles, segundo tono seco y cortado; falta la menstruación desde hace dos meses, no habiéndola tenido más que una vez desde que comenzó la enfermedad (antes estaba regularmente menstruada).

Sistema nervioso. — La fuerza muscular en general está bien conservada, la marcha y la bipedestación se realizan normalmente; existe inquietud motora casi constante, moviendo los brazos, cambiando de lugar, haciendo gestos con la cara, etc.; en los miembros superiores los movimientos voluntarios están perturbados por la producción de un temblor irregular; reflejos rotulianos notablemente exaltados, así como los plantares que se hacen en flexión plantar; pupilas miósicas, pero reaccionan bien a la luz y acomodación; disartria muy acentuada, articulando las palabras confusa, lenta y monótonamente; habla muy bajo y poco, tardando en contestar a las preguntas que se la dirigen; aspecto de desorientación psíquica, mirando vagamente a uno y otro lado, pero cuando se la insta para que nos diga quién es, dónde se halla y en qué fecha estamos, contesta correctamente, dando muestras de estar bien orientada; carece de toda iniciativa ordenada en sus actos; zonas de hiperestesia en el vertex cefálico y en la región precordial y sensación de nudo constrictivo en la garganta.

Dejando aparte estos estigmas, que si tienen valor para demostrar que la paciente es histérica, carecen de él para pro-

bar que lo es la afección que padece, y prescindiendo también del extraño comienzo repentino e inmotivado de la enfermedad, pues acerca de este punto no poseemos más datos que los incompletos e imprecisos que refiere el marido de la paciente, fijaremos especialmente nuestra atención en los síntomas que hemos apreciado; son éstos de dos órdenes: somáticos, análogos a los de la esclerosis en placas (temblor en los movimientos voluntarios, exaltación de los reflejos tendinosos, disartria), y psíquicos, de déficit, de deterioro demencial de la mente; esta combinación de trastornos orgánicos propios de la esclerosis y de perturbación psíquica demencial, obligan a pensar en la afección recientemente descrita con el nombre de esclerosis difusa, que se caracteriza precisamente por la combinación de síntomas corpóreos y mentales a que acabo de aludir, y que para algunos autores, como Strümpell y Frankl-Hochwart (ya anteriormente citados), es una forma avanzada de la pseudoesclerosis de Westphal: el *substratum* anatómico de esta enfermedad consiste en una esclerosis del cerebro con aumento de consistencia del tejido nervioso, sin localización circunscrita y que a veces interesa no sólo a los hemisferios cerebrales, sino también a la protuberancia y al bulbo, los cuales están indurados, achicados y como retraídos.

Oppenheim (4) sintetiza en los términos siguientes los caracteres distintivos de la pseudoesclerosis y de la esclerosis difusa: «Existe una afección clínicamente muy vecina de la esclerosis múltiple, que se distingue de ésta por su desarrollo en la infancia (aunque puede también ocurrir en una edad más avanzada), por la pronta aparición de la demencia, por ciertas particularidades del temblor y de la disartria, por las sacudidas musculares en el reposo, así como por la falta de nistagmus, de alteraciones ópticas y de fenómenos verdaderamente espásticos; esta afección denominada pseudoesclerosis carece de lesiones anatómicas, o a lo sumo presenta un ligero grado de esclerosis cerebral difusa; el mismo síndrome u otro más análogo al de la parálisis general, se encuentra en

relación con una verdadera y bien caracterizada esclerosis cerebral difusa, con degeneración del manójo piramidal».

Las analogías de la pseudoesclerosis, no sólo con la esclerosis en placas, sino también con la parálisis general, son tales, que la mayoría de los autores que de este asunto se han ocupado asignan a aquélla un lugar intermedio entre estas dos afecciones, según puede verse en el interesante trabajo que con motivo de un caso clínico la han consagrado recientemente Diller y Wright (5). También E. Müller (6) en su extensa monografía sobre la esclerosis en placas, se ocupa ampliamente de la pseudoesclerosis.

Algunos de los síntomas mentales que presentaba esta enferma recuerdan a los propios de la demencia precoz, y a este propósito y teniendo en cuenta las condiciones de la paciente, sus antecedentes, la existencia de estigmas histéricos y el carácter de algunos de los trastornos que ofrecía, he de mencionar un trabajo de Halberstad (7), en el que se ocupa de los fenómenos histeriformes que pueden señalar el comienzo de la demencia precoz, refiriendo dos casos de hebefrenia, en uno de los cuales hubo previamente convulsiones y en el otro parálisis histéricas; sin embargo, en el caso que yo he historiado me parece más verosímil el diagnóstico de pseudoesclerosis que el de asociación de histerismo y demencia precoz.

* * *

OBSERVACIÓN II.—J. C., de quince años, soltero, zapatero, natural de un pueblo de la provincia de Jaén, no posee antecedentes neuropáticos familiares definidos, pero dice que entre sus parientes abundan los sujetos nerviosos, habiéndolo sido en alto grado su padre y una hermana, y él mismo ha sido siempre muy impresionable; desde el punto de vista sexual, asegura no haber practicado aún el coito, habiendo, en

cambio, cometido abusos onanistas. Niega haber sufrido contagios venéreos, ni haber padecido ninguna enfermedad de importancia.

Enfermedad actual. — Comenzó aparentemente hace tres años atribuyéndola a la fatiga física y moral y a las preocupaciones y pesares que le causó una larga enfermedad de su padre terminada por la muerte; las primeras manifestaciones consistieron en temblor en las manos, que se fue haciendo cada vez más intenso y generalizándose, pues se propagó a los brazos, a las piernas, a la cabeza, y, por fin, a todo el cuerpo; ha experimentado también hormigueos y calambres en las piernas, con sensación de adormecimiento en ellas; cefalea de localización mal determinada y dificultad para hablar, que ha ido en progresivo aumento, lo mismo que el temblor; encontrándose cada vez peor, se presentó en la consulta de enfermedades nerviosas del Hospital de la Princesa el 27 de Enero de 1911.

Estado actual.—Buen estado de nutrición; aunque la fuerza muscular está bien conservada y todos los movimientos aislados son posibles, si bien perturbados por el temblor, le es muy difícil andar, teniendo que apoyarse en bastones o en otra persona, y siendo la marcha ataxo-espasmódica, con predominio del elemento espasmódico sobre el atáxico. No hay incoordinación motora, a pesar de que los caracteres de la marcha parecían indicarlo. Existe un temblor generalizado sumamente intenso y extenso que persiste en el reposo, haciendo oscilar a todo el cuerpo en la bipedestación y que se exagera en los miembros con los movimientos, siendo también muy marcado en la cabeza. Reflejos tendinosos exaltados, así como los plantares (en flexión plantar) y los abdominales. Algunas sacudidas nistagmiformes en las posiciones laterales extremas del globo ocular. Palabra entrecortada; las pupilas y sus reflejos son normales; zonas hiperalgésicas en el vertex cefálico y en la región precordial.

El carácter del sujeto, sus antecedentes, la etiología emocional, lo intenso y lo generalizado del temblor, su persisten-

cia durante el reposo, la existencia de estigmas histéricos y la falta de síntomas inequívocos de lesión orgánica, obligan en este caso a desechar el diagnóstico de esclerosis en placas, así como el de pseudoesclerosis, por la ausencia de los fenómenos propios de ésta (comparando esta observación con la anterior se advertirá claramente la diferencia), y a admitir el de histerismo simulador de la esclerosis múltiple, por reproducir, aunque con caracteres un tanto diversos, varios de los síntomas de ésta, como el temblor, la disartria, el nistagmus, etc.

En estos casos es generalmente fácil averiguar la naturaleza puramente funcional del proceso; sin embargo, puede ocurrir que fenómenos en apariencia histéricos se revelen más tarde como dependientes de una verdadera esclerosis en placas, como ocurrió en una observación de James Taylor (8), en la que el sujeto presentaba una paresia al parecer histérica, pero la apreciación de clonus legítimo del pie hizo diagnosticar una esclerosis en placas, confirmada por la evolución ulterior.

* * *

Con estas dos observaciones y con las reflexiones que me han sugerido, he tratado de dar una idea aproximada de las dificultades con que en ocasiones tropieza el diagnóstico de esclerosis múltiple y de las afecciones con que puede confundirse; es en particular digna de fijar la atención de los neurólogos la llamada pseudoesclerosis, que, no obstante los estudios de que ha sido objeto, dista aún mucho de estar plenamente dilucidada, y por eso he insistido en ella especialmente; un detalle que no quiero pasar por alto es la curiosa asociación de esta enfermedad con la cirrosis atrófica del hígado y esplenomegalia, sin lesiones aparentes del siste-

ma nervioso en un caso de Völsch (9), que cita otros análogos de Westphal y de Strümpell; la insistente repetición de esta curiosa coincidencia de procesos en apariencia tan semejantes obliga a parar mientes en ella, pues no parece verosímil atribuirla a un azar fortuito (*).

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1.—WESTPHAL: *Archiv für Psychiatrie*, Bd., XIV.
- 2.—STRÜMPELL: *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd. XII.
- 3.—FRANKL-HOCHWART: *Obersteiner Arbeiten*, Bd. X.
- 4.—OPPENHEIM: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 5.^a edición, tomo I, pág. 393. Berlin, 1908.
- 5.—DILLER y WRIGHT: *Journal of Nervous and Mental Diseases*, volumen XXXVIII, pág. 736.
- 6.—E. MULLER: *Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks*, página 223. Jena, 1904.
- 7.—HALBERSTAD: *Revue Neurologique*, núm. 5, 1910.
- 8.—TAYLOR: *The Lancet*, núm. 4.606, pág. 1.614. 1911.
- 9.—VÖLSCH: *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, B. 12; H. 3-4, página 533.

(*) *Siglo Médico*, vol. LIX, pág. 528, 1912.

REPERTORIO ALFABÉTICO

DE

MATERIAS Y DE AUTORES

A		Páginas.
	Páginas.	
ABADIE.....	320	<i>Asma esencial</i> 216
ABRAHAM... 193, 198, 199,	206	— <i>histérico</i> 354, 355
<i>Abstinencia sexual</i> ... 215,	234	<i>Asociación de ideas (experi-</i>
ADAMKIEWICZ.....	292	<i>mentos sobre)</i> 206
ADLER..... 193,	225	ASSAGLIOLI..... 193
AECIO.....	33	<i>Astasia-abasia</i> 303 a 310
<i>Afonía histérica</i>	329	— — diagnóstico..... 307
<i>Agentes provocadores del his-</i>		— — etiología y patoge-
<i>terismo</i> 113		nia..... 308 y 309
<i>Akatisia</i>	310	— — interpretación se-
<i>Akinesia algera</i>	309	gún Freud..... 213
ALDREN TURNER.....	387	— — observación clínica 304
ALESSI.....	308	— — pronóstico y trata-
ALQUIER.....	399	miento..... 310
<i>Amiotrofia en el histerismo</i> .	291	ASTRUC..... 37
AMSELLE..... 28,	326	<i>Automatismo psíquico</i> 57
<i>Anedonia</i>	176	<i>Autosugestión</i> 41
<i>Anestesia</i> 43,	44	AXENFELD..... 227
<i>Angustia histérica</i> . 210, 214,	216	
ANTONY.....	331	
<i>Aparato histerógeno</i> 65, 115,	129	
ARETEO.....	30	
ARRAMESCO.....	320	
ASCHAFFENBURG 117, (etio-		
logía emotiva), 193, 384 y		
386 (histero epilepsia).		

B

BABINSKI 49, 61, 62, 65 a 74
(concepto patogénico del
histerismo), 69 (definición
del histerismo), 77, 80, 84,
109 y 110 (etiología emo-
tiva), 129 (fisiología pato-

	Páginas
NEURÓLOGOS FRANCESES . (Amiens, 1911).....	80
CONGRESO DE ALIENISTAS Y NEURÓLOGOS FRANCESES . (Ginebra y Lausana, 1907). 78.....	325
CONGRESO INTERNACIONAL DE NEUROLOGÍA. (Amsterdam, 1907).....	79
<i>Constitución psicosexual</i> ...	209
<i>Contagio mental</i>	258
<i>Conversión psico-somática</i> , 212.....	218
<i>Corea (trastornos psíquicos en el)</i>	370
<i>Corea histérico</i> 365 a	371
— — descripción.. 369 y	370
— — diagnóstico.....	368
— — observación clínica.	366
COURMONT.....	329
CRAMER, 167, 185 (moralidad), 215 (neurosis de angustia).	
<i>Crisis hiperquinéticas</i> , 264	266
CROCO, 109, 289 (reflejos en el histerismo).....	290
CROUZON.....	355
CUNEO.....	320
CURSCHMANN, 215, 290, 297, 308 (astasia-abasia infantil).	
<i>Cutáneo del cuello (signo del)</i>	285

D

DALLEMAGNE.....	56
DARWIN.....	133
DEBOVE.....	274
<i>Degeneración e histerismo</i> , 52, 89.....	104
DEJERINE, 77, 109 y 111 (etiología emotiva).....	355
<i>Demencia precoz e histerismo</i>	377
DESCARTES.....	125
<i>Diátesis histérica</i>	88
— <i>psico-neurótica</i>	44
DILLER.....	274
<i>Disartria histérica</i>	327
<i>Disnea histérica</i> 349 a	355
— — descripción.....	354

	Páginas
<i>Disnea histérica: observación clínica</i>	350
DORNBLÜTH.....	118
DUBAR.....	329
DUBOIS, 60 (definición del histerismo) 130 (fisiología patológica emotiva).....	193
DUPRÉ, 77, 80 (concepto del histerismo), 180, 345....	377
DUTIL.....	113
	384

E

<i>Educación de los histéricos</i> 259	361
— <i>sexual</i>	224
<i>Egoísmo de los histéricos</i> ...	183
EICHHORST.....	117
<i>Emoción e histerismo</i> .. 93 a	138
— — discusión en las Sociedades de Neurología y Psiquiatría de París....	108
— — etiología emotiva 97 a 119.....	362
— — fisiopatología emotiva..... 119 a	136
— — opinión del autor, 99, 106.....	112
— — relaciones, según Briquet.....	45
<i>Emociones autóctonas</i>	127
<i>Emociones normales</i> , caracteres fisiológicos y psicológicos..... 123 y	124
— — factores endócrinos	127
— — proceso fisiológico.	126
— — recuerdos... 133 a	136
— — teoría energética..	125
<i>Emotividad</i> 89, 98,	130
<i>Epilepsia: diagnóstico diferencial de los accesos epilépticos e histéricos</i> 389 y	390
— relaciones con el histerismo.....	385
<i>Erógenas (zonas)</i>	212
<i>Erotismo anal</i>	197
<i>Esclerosis cerebral difusa</i> ..	406
— <i>en placas (su simulación por el histerismo)</i> 407 a	409

Páginas.

<i>Escuela de Nancy</i>	63
— <i>de la Salpêtrière</i> , 46	
a 53, 323 y.....	324
ESPINA Y CAPO.....	120
<i>Espíritus animales</i>	38
<i>Esplacnopatías falsas</i>	78
ESQUIROL.....	374
<i>Estado mental de los histéri-</i> <i>cos</i>	50, 56 89
<i>Estigmas histéricos</i> , 41, 43,	
44, 49, 73, 91, 245	323
— — <i>en los niños</i>	250
<i>Ética del freudismo</i>	224 235
<i>Evolución sexual</i>	147 a 150
— — <i>factores endócrinos</i>	149

F

<i>Fabulación</i>	181
FALRET.....	374
FEILCHENFELD.....	275
FERÉ.....	246
FERENCZI.....	193 223
FERNEL.....	34
<i>Fiebre histérica</i>	324
FLATAU.....	274
FLEURY.....	355
<i>Flexión combinada del muslo</i> <i>y tronco (signo de)</i>	285
— <i>de los dedos de la</i> <i>mano (signo de)</i>	290
<i>Fobias (su interpretación se-</i> <i>gún Freud)</i>	211
FOREL.....	235
FRANK.....	193
FRANKL HOCHWART, 149, 403	
(pseudo-esclerosis), 406	
(esclerosis difusa).	
FREUD, 31, 32, 61 (patogenia del histerismo) 102, 147,	
151, 168, 177, 178, 189 a	
235 (doctrina), 194 (evolu-	
ción de su doctrina), 199	
(fundamentos psicológicos	
del freudismo), 207 a 217	
(patogenia de las psiconeu-	
rosis), 226 a 235 (objecio-	
nes a su doctrina).	
FREY.....	274
FRIEDLANDER.....	193 219
<i>Frigidez histérica</i>	179
FUCHS.....	308

G

Páginas.

GALCERÁN.....	362
GALENO.....	83, 139 248
GALIANA.....	347
GALL.....	177
GASNE.....	113 384
GASPERO.....	118
GAULTIER.....	232
GAUPP.....	58
GAUSSEL.....	401
GAYARRE.....	193
GEHUCHTEN (VAN).....	291
GENDRIN.....	43
<i>Genio artístico y literario</i> <i>(según Freud)</i>	225
GEORGET.....	42
GIANNULLI.....	330
GILLES DE LA TOURETTE, 28,	
45, 52, 113 (etiología emo-	
tiva) 140 (proporcionali-	
dad según el sexo), 143,	
179 (sexualidad) 245 (es-	
tigmas) 246 (leyes sintomá-	
ticas del histerismo) 250,	
323, 355 (disnea histérica)	
375 (psicosis histéricas)	
384 (histero-epilepsia).	
GINESTE.....	156
GLORIEUX.....	329
GONZÁLEZ CAMPO.....	347
GORDÓN, 116, 319, 384 (his-	
tero-epilepsia)	
GOWERS.....	385
GRAINGER STEWART.....	387
GRASSET, 55, 286 (hemiplejia histérica).....	297
<i>Grasset - Bychowsky (signo</i> <i>de)</i>	271, 280 286
GROSS.....	199
GRUNEWALD.....	276
GUERRA-COPPIOLI.....	291
GUINON.....	113

H

HELLPACH.....	227
<i>Hematemesis histéricas</i> , 343 a	348
<i>Hemiplejia histérica</i> , 277 a	282
— — <i>diagnóstico diferen-</i> <i>cial</i>	283 a 293

	Páginas.		Páginas.
<i>Hemiplejia histérica: lado</i>		<i>Histero-epilepsia: observa-</i>	
paralizado.....	284	ciones clínicas.....	387
— <i>histero-traumática</i>	267 a 276	<i>Hipocondría (relaciones del</i>	
<i>Herencia e histerismo</i> ... 257	265	<i>histerismo con la)</i> 35 a 37,	
HERZ.....	215	42, 107.....	215
<i>Hábito histerógeno</i> ... 102 y	103	HIPÓCRATES.....	28
HALBERSTAD.....	407	<i>Hipótesis científicas en gene-</i>	
HALLION.....	345	<i>ral</i>	13 a 27
HAMMER.....	310	— — fundamentos psico-	
HART.....	399	lógicos.....	17
HARTENBERG.....	114	— — en Medicina.....	18
HARTMANN.....	118	— — modernas.....	22
HECKER.....	215	— — su necesidad.....	21
<i>Heilbronner (signo de)</i>	286	— — de trabajo.....	23
HEINICKE.....	375	— — resumen.....	25 a 27
HESNARD..... 193, 200	234	HITSCHMANN.....	193
HESS.....	310	HOCHE 185 (moralidad de los	
HIGMORO.....	35	histéricos), 197 y 233 (crí-	
HINRICHSSEN.....	231	tica de la doctrina de Freud)	
<i>Histérico - hipocondríaco</i>		384 (histero-epilepsia).	
<i>(mal)</i>	37	HOFFMANN.....	37 38
<i>Histerismo en animales</i>	227	<i>Hoover (signo de)</i> 271, 280,	
— y arte.....	186	286.....	287
— colectivo.....	259	HUCHARD (H.).....	227
— en el ejército.....	119	HUCHARD (M.).....	183
— infantil..... 243 a	260	HUDOVERNIG.....	292
— — etiología..... 250	257	HUGUENIN.....	275
— — historia.....	250	<i>Humoral (hipótesis patogé-</i>	
— — profilaxia.....	260	<i>nica)</i>	29, 31, 39, 40
— — síntomas.....	250		
— local.....	44 313		
— masculino, 32, 40, 139	248		
— — observación clíni-			
ca.....	261 a 266		
— — en la población ru-			
ral.....	161		
— monosintomático.....	313		
— patogenia, según			
Freud del, 211 a	216		
— traumático.....	51 140		
— — observación clíni-			
ca.....	267 a 276		
— — pronóstico.....	275		
— — tratamiento.....	276		
— y virtud.....	187		
<i>Histero-epilepsia</i> 383 a	390		
— acepciones de este tér-			
mino.....	383 y 384		
— definición.....	387		
— diagnóstico diferen-			
cial.....	389 y 390		

I

<i>Ideas fijas</i>	50, 54
<i>Imitación como causa del</i>	
<i>histerismo</i>	98, 121, 259
<i>Impulsiones (según</i>	
<i>Freud)</i>	211
<i>Inconsciente (su papel en la</i>	
<i>histerogénesis)</i>	87, 200
<i>Ingenio (interpretación de</i>	
<i>Freud)</i>	197, 206
<i>Insuficiencia del sentido de</i>	
<i>lo real</i>	181
<i>Interóseos (signo de los)</i> ...	287
ISSERLIN.....	193
<i>Iteración</i>	103

J

JACOBSON.....	290
JAMES.....	125
JANET (PIERRE), 51, 56, 59, 80,	

	Páginas.
109, 110 (influencia de la sugestión), 112 y 114 (etiología emotiva) 124 a 126 (definición y caracteres de la emoción) 185 (moralidad de los histéricos). 200, 248	325
JELGERSMA.....	79
JOIRE.....	79
JOLLY.....	141
JONES, 151 (histerismo y evolución sexual) 193, 200, 202, 206.....	284
JOURDIN.....	329
JUARROS.....	378

K

KING.....	227
KOHNSTAM.....	59
KÖSTER.....	289
KOSTILEFF.....	193
KRAEPELIN, 58, 229, 375 (histerismo y psicosis).	
KRAFT-EBBING.....	374
KRONFELD.....	193

L

LABOUCLE.....	229
LADAME, 193, 308 (astasia-abasia accasional).	
LAMY.....	398
LANDOUZY.....	385
LANGE.....	125
LASÉGUE.....	44
LATAILLADE.....	320
LAUBRY.....	113
LEGRAND DU SAULLE, ...	177
LEJONNE.....	310
LEPOIS.....	33
LERoy.....	156
Letargia epiléptica.....	362
LEUCH.....	141
LEVI-BIANCHINI, 28, 59 (definición del histerismo), 131 (fisiopatología emotiva).	
LEWANDOWSKY, 118, 185 (moralidad de los histéricos), 319 (bleforopasmo).	

	Páginas.
LEYDEN.....	275
LHERMITTE.....	287
<i>Libido</i>	229
LOGRE.....	80
LORIDAN.....	156
LOUYER-VILLERMAY.....	39,
LÖWENFELD, 141 (proporcionalidad según el sexo), 215 (neurosis de angustia).	
<i>Lubricidad de las histéricas</i>	176
LÜCKERATH.....	377
LUDWIG.....	39

M

MAAS.....	327
MAEDER.....	193
MAESTRE.....	52, 89
MAILLARD.....	398
MAIRET.....	376
MAKUEN.....	329
MALEBRANCHE.....	125
MARBE.....	288
<i>Marcas del diablo</i>	249
MARIE (P.).....	141
MARINESCO.....	284
MENDOUSSE.....	232
<i>Mentalidad femenina e histerismo</i> , 139 a 153	265
— <i>primitiva e histerismo</i> 60, 151, 168	181
<i>Mentiras de los histéricos</i>	179
MERZBACHER.....	370
<i>Migración uterina (hipótesis de la)</i> 29, 40	248
MINGAZZINI.....	331
MIRTO.....	320
MITCHELL.....	329
<i>Mitomania</i> 81, 180	377
<i>Mitos (según Freud)</i>	206
<i>Mnemotivos (fenómenos)</i> 132, 134	135
MOEBIUS..... 57, 73, 304	325
MONTET.....	193
<i>Moralidad de los histéricos</i> , 104 y 105, 171..... a	178
— — en relación con la clase social 174 y	175
<i>Moral insanity</i>	184

	Páginas
MOURIQUAND.....	327
MÜLLER (E.).....	407
MÜLLER DE LA FUENTE.....	401
MUTHMANN.....	225
<i>Mutismo histérico</i>	323 a 340
— — descripción.....	327
— — diagnóstico diferen-	
cial.....	329 340
— — observaciones clíni-	
cas.....	336 338
— — relaciones con los	
accesos convul-	
sivos.....	339
— <i>histero-traumáti-</i>	
<i>co</i>	323 a 331
— — observación clínica,	327

N

NADEJDÉ.....	309
NAECKE.....	193
<i>Narcolepsia histérica</i> .	357 a 363
— — diagnóstico.....	361
— — observación clínica.	359
NERI.....	285
<i>Nerviosa (teoría patogéni-</i>	
<i>ca)</i>	34, 35, 37, 248
<i>Neurastenia (concepto de</i>	
<i>Freud)</i>	210
<i>Neurosis de angustia</i> ...	196 215
— de defensa.....	196
— ganglionar simpática.	42
— traumática.....	268 y 269
<i>Neurosis</i>	131 y 132
NISSL.....	377
NOICA.....	286 288
NONNE 289, 308 (astasia-	
abasia), 385 (histero-epi-	
lepsia).	

O

<i>Obsesiones (según</i>	
<i>Freud)</i>	210 211
<i>Oculares (estigmas)</i>	291
<i>Oposición complementaria</i>	
<i>(signo de la)</i>	286 287
OPP.....	329
OPPENHEIM 117 (etiología	
emotiva), 141 (propor-	

	Páginas.
ción según el sexo), 215	
(neurosis de angustia),	
233 (crítica del freudis-	
mo), 273 (simulación),	
284 (hemiplejia histérica),	
289, 303 y 309 (astasia-	
abasia), 319 (blefarospas-	
mo), 345 (hemorragias his-	
téricas), 385 (histero-epi-	
lepsia), 398, 401 (paráli-	
sis agitante histérica), 406	
(pseudo-esclerosis).	
<i>Oppenheim (signo de)</i>	288
ORMEROD.....	116 355

P

PABLO DE EGINA.....	33
<i>Panerotismo</i>	231
PAPILLON.....	156
<i>Parálisis agitante</i> , diagnós-	
tico con el histe-	
rismo.....	389
— — relaciones con el	
histerismo, 400 y	401
<i>Paraplejia histérica</i> .	295 a 301
— — diagnóstico.....	299
— — observación clínica.	297
PARÉ (AMBROSIO).....	33
PARHON.....	304
<i>Paroxismos convulsivos</i> , su	
descripción según Char-	
cot.....	245, 323 324
— — relaciones con la	
narcolepsia.....	362
<i>Patomimia</i>	81 180
PATSIADIS.....	319
<i>Pavor nocturno</i>	216
PFISTER.....	225
PILCZ.....	185
<i>Pitiatismo</i>	71 326
PITRES 110 (etiología emoti-	
va) 141 (proporción según	
el sexo) 182 (simulación)	
345, 400 (temblor histé-	
rico).	
<i>Pituita hemorrágica</i>	346
PLATÓN.....	30 248
POINCARÉ (H.).....	13
POMME.....	39
POULARD.....	319

	Páginas.
PREYER	232
<i>Pseudo-esclerosis en pla-</i>	
<i>cas</i>	403 a 410
— — analogías con la de-	
<i>menia precoz</i> ..	407
— — analogías con la pa-	
<i>rálisis general</i> ...	407
— — descripción.....	406
— — observación clínica.	404
<i>Pseudo-parálisis agitante</i>	
<i>histérica</i> ..	393 a 402
— — diagnóstico.....	397
— — observación clínica.	394
<i>Psicasténicas (crisis)</i>	386
<i>Psicoandlisis</i>	18 a 235
— aplicaciones extramé-	
<i>dicas</i>	225
— indicaciones y contra-	
<i>indicaciones</i>	221
— objeciones.....	232 a 235
— práctica y aplicaciones	
<i>médicas</i>	217 a 226
— en psiquiatría	198, 199 223
<i>Psicología nacional</i>	225
<i>Psiconeurosis</i> , clasificación,	
<i>según Freud</i>	210
— etiología, según	
<i>Freud</i>	208
<i>Psicopatología de la vida</i>	
<i>cotidiana</i>	196 206
<i>Psicoplasticidad</i>	82 87
<i>Psicosis histéricas</i> ... 373 a	380
— — clasificación.....	376
— — concepto.....	378
— — observación clínica	379
<i>Psicosquisis</i>	89
<i>Psíquica (teoría patogéni-</i>	
<i>ca)</i> , 41, 50, 56, 57, 61, 82,	
84, 85, 87, 145, 248.....	373
<i>Ptosis paralítica (su diag-</i>	
<i>nóstico diferencial con el</i>	
<i>bleforospasmo)</i>	317
PUTNAM.....	193 219

R

RAIMIST.....	132
RANK..	193 206
RAULIN.....	39
RAVIAUT.....	329
RAYMOND 76, 109 y 114 (etio-	
<i>logía emotiva)</i> , 325, 326	345

Páginas

<i>Reflejo faringeo (abolición</i>	
<i>del)</i>	291
<i>Reflejos cutáneos (valor diag-</i>	
<i>nóstico)</i>	290
— tendinosos: en la asta-	
<i>sia-abasia</i>	310
— — en la hemiplejia...	288
— — en el histeris-	
<i>mo</i>	289 y 290
REGIS.....	193, 200, 233 234
<i>Relaciones psico-físicas en</i>	
<i>el histerismo</i>	89
<i>Rentenhysterie</i>	275
RIBBING.....	235
RIBOT.....	134
RICHER.....	156 249
RIDLEY.....	37
RIEGER.....	227
RIKLIN.....	199 206
ROCHON-DUVIGNEAUD.....	320
ROGER.....	246
ROPPEL.....	370
ROUX (F. Ch.).....	346
ROYER.....	329
RUNGE.....	370
<i>Rural (El histerismo en la</i>	
<i>población)</i> . 155 a	169
— — caracteres... 163 a	167
— — dificultades de la	
<i>estadística</i>	160
— — profilaxia.....	169
— — proporción según	
<i>el sexo</i>	159

S

SACHS.....	284
SAENGER.....	308
SALAGUER.....	376
SANDRAS.....	43 44
SANDRO.....	308
SARBO.....	327
SAUPIQUET.....	331
SAVILLE 115 (etiología emo-	
<i>tiva)</i> , 141 (proporción se-	
<i>gún el sexo)</i> , 162 (estadís-	
<i>tica según la condición so-</i>	
<i>cial)</i> , 185 (moralidad de	
<i>los histéricos)</i> , 387 (histe-	
<i>ro-epilepsia)</i> .	
SCHNYDER 79 (definición del	
<i>histerismo)</i> , 150, 167....	325

	Páginas.
SCHOENBORN.....	319
SCHÜLE.....	374
SCHULTZ.....	193
SCHÜTTE.....	400
Sensorialidad.....	60
Sexuales (caracteres).....	145
Sexualidad, exclusivismo de Freud.....	190 231
— infantil, 147, 197, 202 a 205.....	209
— su influencia en la patogenia del histerismo 32, 40, 62, 176.....	196
— y psiconeurosis... 226	227
— sus relaciones éticas..	224
Simbolos mnésicos.....	62
SIMÓN COLLIN.....	156
SIMONÍN.....	330
Simulación..... 181, 182	268
— diagnóstico.....	273
Síntomas histéricos (definición).....	90
SOCA.....	354
SOCIEDAD BELGA DE NEUROLOGÍA: discusión sobre el histerismo.....	80
SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA DE PARÍS, discusión sobre la emoción..... 108	123
— — discusión sobre el histerismo.....	76
SOLLIER 53, 80, 109 (etiología emotiva).....	326
Sordo-mutismo histérico....	331
SOUPAULT.....	347
SOUQUES 141, 287 (hemiplejia histérica).	
SPERILLE.....	320
SPILLER.....	400
STAHL..... 37 y	38
STEFFENS.....	388
STEGMANN.....	216
STEKEL..... 193, 214	225
STEYERTHAL.....	156
STINTZING.....	330
STRÜMPFELL 58, 287 (fenómeno tibial), 403 y 410 (pseudoesclerosis), 406 (esclerosis difusa).	
Sueños (su significación según Freud).....	196 205

	Páginas.
Sueños parciales.....	54
Sugestibilidad..... 89, 98	121
Sugestión (sus relaciones con el histerismo)..... 70, 77	167
Suicidio de los histéricos.....	183
SWIETEN (VAN).....	38
SYDENHAM..... 35, 84	248

T

TANZI 59 (definición del histerismo), 119 (etiología emotiva), 152 (mentalidad femenina), 186 (moralidad de los histéricos).	
TAYLOR..... 308	409
Temblor histérico, caracteres.....	399
— — clasificación.....	400
— parkinsoniano (diagnóstico diferencial).....	398
Tics (diagnóstico diferencial).....	264 266
TIXIER.....	330
TÖRNE.....	330
TOUTON.....	235
Traumas psíquicos..... 61	118
— sensúgenos.....	118
TREUPPEL.....	215
Tróficos (trastornos histéricos)..... 324	344
TRÖMMER.....	308
TUMPKOWSKI.....	291

U

URWICK.....	232
-------------	-----

V

VALENTÍN.....	401
VALLE Y ALDABALDE.....	48
VALUDE.....	320
Vanidad de los histéricos..	183
Vapores..... 33	37

ÍNDICE

Páginas.

Anteportada.....	I
Obras del autor.....	2
Portada.....	3
Propiedad.....	4
Prólogo.....	5
Índice Sumario.....	9
Primera Parte: Teoría.....	II
Segunda Parte: Clínica.....	240
Repertorio alfabético de materias y de autores.....	411
Índice.....	421
Colofón.....	423

BIBLIOTECA MODERNA

DE

FILOSOFÍA Y CIENCIAS SOCIALES

FERNÁNDEZ SANZ

HISTERISMO

SE IMPRIMIÓ

POR

LUIS FAURE

EN

MADRID

EN

: : : 1914 : : :

FRANCISCO BELTRÁN

EDITOR

PRÍNCIPE, 16 :: MADRID



Jones. Psychological Bulletin April 1910 2626
is her resume of Freud.



19.F.235.

Histerismo, teoria y clinica. 1914

Countway Library

BEO3061



3 2044 045 873 544

19.F.235.
Histerismo, teoria y clinica. 1914
Countway Library BEO3061



3 2044 045 873 544